تعديل السلوك البشري

Changing Man's Behaviour

تأليف
هارولد ريجنالد بيتش

تعريب
الدكتور فيصل محمد الزراد



تعديل السلوك البشري

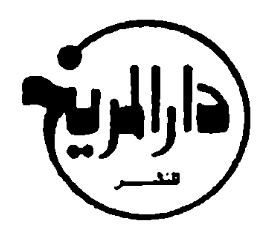


Changing Man's Behaviour

تعريب

الدكتور فيصل محمد خير الزراد

عضو هيئة التدريس في قسم علم النفس في
جامعة الإمارات العربية المتحدة
مدرس العلاج النفسي، والأمراض النفسية في قسم
علم النفس العيادي في جامعة الجزائر «سابقاً»



ص.ب: ١٠٧٢٠ الرياض ١١٤٤٣ ـ تلكس ٤٠٣١٢٩
المملكة العربية ٤٦٤٧٥٣

رقم الإيداع ١٧١٢ / ١٩٩٢

(Changing man's behaviour). Harold Reginald Beech. Senior Lecturer in Psychology at the institute of Psychiatry, University of London. Penquin. Books, (1969) London.

(خضع هذا الكتاب إلى التحكيم من قبل لجنة
متخصصة في الطب وفي علم النفس)


بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

مقدمة المترجم

إن البحوث والدراسات النفسية والتربوية المتقدمة تؤكد لنا أن الإضطرابات النفسية والسلوكية تزداد انتشاراً يوماً بعد يوم، ومن المعلوم لدينا أن هذه الإضطرابات والإنحرافات السلوكية لها أعراضها المختلفة وأسبابها المتنوعة، وقد اختلف العلماء حول تفسيرهم لها، وذلك حسب اختلاف نظرياتهم الأساسية وأساليبهم في تشخيص وعلاج هذه الإضطرابات، وكان من حصيلة هذه الإختلافات أن ظهرت عدة إتجاهات في طرائق تشخيص وعلاج الإضطرابات السلوكية، ولكل اتجاه تفسيره، ومنهجه، وطرائقه، ووسائله الخاصة، كما أن لكل اتجاه مشكلاته النظرية والعملية، ومن هذه الإتجاهات ما هو معروف وقديم كإتجاه التحليل النفسي، ومنها ما هو متطور وحديث مثل اتجاه العلاج السلوكي، وهذه الإتجاهات على الرغم من تغايرها لا تخلو من نقاط تشابه بينها، والصراع بين هذه الإتجاهات هو السمة العريضة المميّزة لها، وقد تطورت هذه الإتجاهات نتيجة لتطور علم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس المرضي، وعلم النفس التربوي، ووسائل القياس، وعلم النفس العصبي والصيدلاني . . . وكان في مقدمة هذه الإتجاهات المتطورة إتجاه العلاج السلوكي (أو الإشراطي)، الذي يعتبر من الإتجاهات الحديثة التي تعتمد على أسس علمية في تعديل أو تغيير السلوك البشري الخاطىء، أو العادات الغير صحيحة، ويرجع هذا الإتجاه في جذوره إلى تاريخ قديم قدم محاولات تعديل وتغيير السلوك البشري.

لقد اكتشف الإنسان منذ فجر التاريخ أن هناك طرقاً عديدة لتعديل وضبط السلوك الإنساني، مثل طريقة تعديل البيئة، والنصح، والإقناع، والمكافأة (أو الإثابة)، وبواسطة العقاب، والتكريه أو النفور، والإهمال، والكي بالنار والتخويف والتهديد. . . إلخ.

ورغم ذلك فقد لاحظ الإنسان قديماً بأن هناك بعض أنماط السلوك المنحرف والعادات السيئة تقاوم وبشدة هذه الطرق الغير منظمة والبدائية، مثل الهلوسات، والوساوس، والمخاوف، والخلجات العصبية، والتبول اللا إرادي، والإنحرافات الجنسية. . . وتاريخ الطب القديم مليء بالطرق والوسائل التي كانت تستهدف تعديل السلوك البشري. وهذه الطرق القديمة يمكننا (وبمعنى مجازي) أن نطلق عليها إسم العلاج السلوكي لأن السلوك نفسه هو الذي يخضع لعملية العلاج والتعديل، لقد كان العالم أنطون فرانز مسمر (A. Mesmer) صاحب الحركة المسمرية أول من استخدم المبادىء الأساسية للسلوك في العلاج، وبالرغم من أن مبادىء مسمر لم تصمد أمام القياس العلمي إلّا أنها قادت إلى إجراءات ناجحة في العلاج وكانت الأساس في قيام منهج العلاج بالإيحاء أو التنويم المغناطيسي (Hypnosis)، وقيام مناهج أخرى تهدف إلى التحكّم اللفظي في السلوك.

وما زالت هذه المناهج تستخدم حتى يومنا هذا في استبدال السلوك الغير مرغوب فيه بسلوك آخر مرغوب فيه بواسطة تأثير الإيحاء، والمعروف أن الإيحاء ينجح عندما تتنافس الإستجابة الجديدة (الأفكار الجديدة) أو تمنع وتوقف ظهور الإستجابة القديمة، تماماً كالشخص الذي اعتاد الكتابة باليد اليسرىٰ فيحاول وقف هذه العادة والتدرب علىٰ تكوين عادة الكتابة باليد اليمنىٰ، وكذلك عندما يتعلم الطفل نطق كلمة أجنبية بشكل خاطىء ويحاول المعلم المرة تلو الأخرىٰ إصلاح هذا الخطأ عن طريق إظهار عدم الإرتياح لسماعه النطق الخطأ، وعن طريق الإيحاء للطفل بأنه يستطيع النطق السليم، وفي مثل هذه الحالة تطرد العادة الجديدة العادة القديمة، وقد يحدث كف للإستجابة القديمة (Inhibition) إمّا مباشرة أو بعد تكرار السلوك عدة مرات.

وفي القرن التاسع عشر ظهرت أفكار عالم التحليل النفسي (الكلاسيكي) سيجموند فرويد، هذه الأفكار التي أدت بدورها إلى ظهور عدد من الطرائق العَلاجية كرد فعل لهذه الأفكار التحليلية التي تعتمد علىٰ المعاني ورموز الأعراض السلوكية وعلىٰ الغريزة الجنسية، دون الإعتماد علىٰ القوانين أو علىٰ فهم الحقائق وتفسيرها، فليس المطلوب عند جماعة التحليل النفسي تفسير التفاعل بين المثير والإستجابة (م - س) وإنما فهم هذا التفاعل وكيف تم، وفي أي مرحلة من مراحل النمو، وتحت أيٍّ من الظروف، ومن المعلوم أن التحليل النفسي كطريقة في تعديل السلوك الإنساني يتطلب وقتاً، وجهداً، وخبرة، وكلفة، وهذا ما أدىٰ إلىٰ ظهور بعض المشكلات النظرية والعملية المتعلقة بتعديل أو بتصحيح سلوك الإنسان، وهذه المشكلات ساعدت علىٰ ظهور ما يسمىٰ بإتجاه العلاج الجماعي (Group Therapy) الذي يستهدف التخفيف من مشاكل التحليل النفسي باستخدام طرق جماعية، وتبيّن فيما بعد أن العلاج الجماعي لم يكن كافياً وأن له مشكلاته العملية أيضاً، وهذا ما دفع ببعض علماء النفس إلىٰ الإعتماد علىٰ التجارب ووسائل القياس في دراستهم للسلوك البشري، والإستفادة من نظريات الإشراط في التعلم (عند بافلوف، وسكنر، وهل، وثورندايك، وغثري، وواطسون. . .) وانتهوا من ذلك إلىٰ تحديد الكثير من العوامل التي تعتبر مسئولة عن اكتساب العادات، ونموّها، واضمحلالها، أو عن المحافظة على هذه العادات، وكذلك إصلاحها، وكفّها أو منعها من الحدوث.

وقد ميّز أصحاب العلاج السلوكي بين العادات الصحيحة والمفيدة والعادات السيئة العصابية، وهم يرون بأن العادات السيئة هي حصيلة تعلم خاطىء، تمّ عن طريق الإشراط (Conditioning) واستهدف خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه الإنسان، ويمكن التخلص من هذه العادات السيئة عن طريق عملية فك الإشراط أو الإرتباط بين المثير والإستجابة المكوّنة للعادة السيئة (De - Conditioning)، كما يمكن بناء عادات صحيحة عوضاً عنها عن طريق إعادة عملية الإشراط أو التعلم بالشكل الصحيح (Re - Conditioning).

لقد قام علماء العلاج السلوكي بتجارب حول الكف التجريبي للعادات، أي كف العادة عن الظهور تدريجياً عن طريق ضعف تكرار الإستجابة نتيجة حرمان الفرد من التعزيز أو المكافأة (Reinforcement) التي تلي الإستجابة، وقد أشار العالم (دانلوب) منذ عام (١٩٣٢) إلىٰ القيمة العلاجية لهذه العملية في تعديل العادات ووضع منهجاً يطلق عليه إسم التدريب السلبي (Negative practice)، وفي عام (١٩٣٥) وضع العالم (غثري) منهجاً لتطبيق مفهوم الإشراط المضاد في العلاج (Counter conditioning)، وقد قرر غثري بأنه خير طريق لوقف العادة يكون بمعرفة الأسباب التي أدت إلى السلوك، ثم ممارسة الفرد لإستجابة أخرىٰ صحيحة تشبع هذه الأسباب، وفي عام (١٩٤٣) أجرىٰ العالم مسرمان عدة تجارب علىٰ القطط كان الهدف منها إزالة العصاب التجريبي لدىٰ هذه القطط، وفسّر مسرمان تجاربه بالرجوع إلىٰ عملية التعلم والمفاهيم التحليلية المستمدة من التحليل النفسي، وتبيّن مسرمان أن العادة السيئة العصابية هي عادة مكتسبة عن طريق التعلم، وأيّده في ذلك تجارب العالم واطسون، وماري جونز علىٰ الطفلين (بتر، وألبرت) والتي كان موضوعها العصاب التجريبي المكتسب ومخاوف الأطفال (من الحيوان).

ثم تطورت الدراسات على يد مجموعة من العلماء البارزين أمثال جوزف وولب، ولازاروس (١٩٥٨)، والعالم آيزنك ورشمان (١٩٦٠)، والعالم يتس، وماير، وبيتش (١٩٦٩)... وغيرهم من العلماء، وقد تبيّن لهؤلاء أن السلوك أو العادة السيئة هي عادة تعلمها الإنسان ليقلل بواسطتها من درجة توتره وقلقه، أو من حدّة الدافع لديه (Drive Reduction)، وبالتالي أدىٰ ذلك إلى تكوين إرتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية، وهذا الإرتباط الشرطي تمَّ بصورة غير سويَّة، ولو إستطاع المعالج إطفاء (Extinction) هذا المنعكس الشرطي المَرَضي - بفتح الميم والراء - المكتسب ثم بناء عوضاً عنه منعكس شرطي صحيح وسوي لتخلص الفرد أو المريض من إضطرابه الذي يعانيه، أو من عادته السيئة، ولقد تطوّر العلاج السلوكي

بفضل إعتماده على أسس علمية وعصبية، وأصبح له وسائله وطرائقه الخاصة مثل طريقة الكف بالنقيض (Reciprocal inhibition)، وطريقة الكف الإيجابي (Positive inhibition)، وطريقة التدريب السلبي، وطريق النفور أو الكراهية (Aversion method)، وهناك طرقاً أخرىٰ، كما أصبح لهذا الإتجاه مشكلاته النظرية والعملية التي كنّا ومازلنا ننتظر لها حلاً، وحول هذا الإتجاه السلوكي في تعديل السلوك البشري يحدثنا العالم (هارولد بيتش) في كتابه عن تعديل السلوك البشري مبيناً لنا خصائص هذا التكنيك الحديث.

والمشكلات التي أثارها، ومدى فاعلية هذا التكنيك في علاج بعض العادات العصابية، وكذلك التطورات التي طرأت على هذا الإتجاه، والدكتور بيتش بالرغم من أن له ولاء كبير نحو هذه الطرائق السلوكية في تعديل أو علاج السلوك إلّا أنه يبقى محايداً عندما يكتب حول هذه الطرائق، وهو يعمل جاهداً على إرساء القواعد الصحيحة التي تزيد من مكانة هذا التكنيك، وتخفف من الصعوبات التي تواجهه وذلك في محاولة تقييمه لمدى فاعلية هذا التكنيك، إن بيتش يعتمد في تقييمه للأمور على الموضوعية العلمية، دون تعصب لإتجاه دون آخر، وقد لخّص لنا خبرته في هذا المجال في كتابه الذي إخترناه للترجمة، هذا الكتاب الذي يساهم في تقديم خدمة كبيرة للدارسين، والمربين، والآباء، والأطفال.

أخيراً ندعو الله تعالىٰ أن يوفقنا لما فيه خير الجميع.

الدكتور فيصل محمد خير الزراد

تعريف بالمؤلف

العالم هارولد ريجنالد بيتش (H. R. Beech) هو أستاذ محاضر في علم النفس في معهد الطب النفسي التابع لجامعة لندن، ولد في عام (١٩٢٥) في مقاطعة دون كاستر (Doncaster) منطقة يورك شاير (Yorkshire)، تعلم في مدرسة مكسبوروا الثانوية، وفي جامعة درهام (Durham)، وحصل علىٰ الدبلوم في علم النفس من جامعة لندن، كما حصل علىٰ درجة الدكتوراه (PH. D) من معهد الطب النفسي وذلك في عام (١٩٥٣)، وقد «إهتم في بحثه بموضوع الإضطرابات الوسواسية القهرية، كما اهتم بتطبيق أسلوب العلاج السلوكي (Behaviour Therapy) في مجال علاج الإضطرابات العصابية، ساهم في كابة العديد من المقالات العلمية، والكتب المتخصصة حول موضوع علم نفس الشواذ، وبدءاً من عام (١٩٦٨) بدأ تركيز أبحاثه وتجاربه حول موضوع التلعثم والتهتهة بالنطق والكلام (Stuttering)، وهو يسكن الآن في مدينة كنت (Kent) الإنكليزية، متزوج وله ولدان.

التمهيد

«كتب هذا التمهيد عالم النفس (B. M. Foss) الذي يعمل أستاذاً في قسم علم النفس في بدفورد كولدج (Bedford College) في جامعة لندن».

إن معظم الآباء يعملون من أجل ضبط سلوك أولادهم، وهم يفعلون ذلك باعتمادهم على أسلوب المكافآت والعقوبات، أو أسلوب التهديد والتخويف، وبالرغم من أن أسلوب الثواب والعقاب يمكن أن يكون أسلوباً رمزياً (معنوياً) أكثر مما هو أسلوب واقعي، فإن معظم الآباء المتشائمين ينكرون إمكانية تعديل سلوك أولادهم باستخدام مثل هذه الأساليب، ومما لا شك فيه أن معظم علماء النفس التجريبيين قاموا منذ حوالي نصف قرن بالبحث عن مدىٰ فاعلية المكافأة والعقوبة وعلاقة ذلك بعملية الإشراط (Conditioning)، ولكن منذ العقدين الأخيرين بدأ الكثيرون منهم، وبصورة أكثر جدّية تفهم إمكانية أن تؤدي مثل هذه الفاعلية (المكافأة، والعقوبة، والإشراط) إلىٰ تكوين بعض الإضطرابات السلوكية أو الأعراض المرضية (The symptoms) لدىٰ الفرد.

وفي العقد الأخير من هذا القرن قامت مجموعة من المحاولات المكثفة بهدف معرفة فيما إذا كان ترابط العمليات في عملية الإشراط يمكن أن يستخدم في إزالة هذه الأعراض.

إن مثل هذه الطرائق (التكنيكات) التي تعمل بنفس الطريقة يمكننا أن نسميها بالعلاج السلوكي (Behaviour Therapy)، ولكن القراء سيجدون أن مفهوم العلاج السلوكي قد لا يصلح أن يكون عنواناً جيداً لمثل هذا الكتاب، وخاصة أن الطرائق المستخدمة حالياً في مجال العلاج السلوكي قد طرأ عليها

الكثير من التعديل، والتحوير بالنسبة لما كان سائداً لدىٰ السلوكيين الأصليين. ولا شك بأن الفرد المتمرس في هذا التكنيك يواجه بعض الصعوبات في محاولة تقييمه لمدىٰ فاعلية هذا الإتجاه في علاج وتعديل سلوك الأفراد، أو في الكتابة عن هذا الإتجاه، وإن الإنتقاد الموجه لهذا التكنيك يثير تحديات البعض ممن لهم ولاء نحو هذا التكنيك، ومن المعروف أنّ الدكتور بيتش (مؤلف هذا الكتاب) له إهتمام كبير في هذه الطرائق السلوكية وفي تعديل سلوك الأفراد، وبالرغم من هذا الإهتمام فهو يبقىٰ في كتاباته حول هذه الطرائق محايداً، وإنه لا زال يعمل من أجل معرفة المبادىء الصحيحة التي يرتكز عليها مثل هذا التكنيك والتي تؤدي إلىٰ فشل أو نجاح هذا التكنيك، أو التي يتم من خلالها الحكم علىٰ مدىٰ فعالية هذا التكنيك، ومع ذلك فإن هذه الطرائق حققت حتى الآن بعض النتائج الناجحة في معالجة بعض الحالات من المخاوف المرضية (Phobias)، وكذلك بعض حالات الإدمان (على الكحول والمخدرات) (Addiction)، وبعض الإضطرابات الأخرىٰ، وقد قورنت نتائج هذا التكنيك بنتائج العلاج بواسطة التحليل النفسي، وتبيّن أن لهذا التكنيك حدود معينة، كما أن هناك بعض الحالات أكثر ملائمة لهذا التكنيك، وبعض الحالات الأخرىٰ أكثر ملائمة لطرائق التحليل النفسي، وفي وقتنا الحاضر تقوم محاولات علمية تهدف إلى التوفيق بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي (أو الطرائق السلوكية في العلاج) وإلى إيجاد أرضية نظرية واحدة للطريقتين، وعلىٰ كل حال ما زال العلماء لا يملكون الحقائق الكافية في هذا المجال، لذلك لا يمكنهم المغالاة في الأحكام. فأحياناً يكون هناك تحسن أو شفاء، ولكن ذلك لا يمثل إلاّ دليلاً بسيطاً، ولا يدل دلالة واضحة علىٰ تبدل العَرَض، أو إزالة الإضطراب.

(B. M. Foss)

المدخـل

لماذا نلاحظ علىٰ هذه المرأة في البـاب المجاور حـالة من الحـزن الشديدة الدائمة، بسبب معـرفتها فيمـا إذا كان طفلهـا سيصل بسـلامة من مدرسته الى منزله أم لا؟ وإننا نتساءل لماذا يحاول مدير هذا المكتب بشكل خاص أن يكون قاسياً في تعامله مع موظفيه وأتباعه، مع عدم وجود ضرورة لذلك؟ لماذا نتجنب الحديث عن فكرة قلع السن عندما نتحدث عن ذلك مع واحد من أصدقائنا؟ ومن الطبيعي أن الإجابـة عن هذه الأسئلة وعن أسئلة أخـرىٰ مشابهـة هي في الغالب تكـون قاصـرة، وعـامـة، وتـواجـه ببعض الصعوبات. وطبعاً إذا كانت المشكلة ليست خطيرة وجادَّة، فلا حاجة لنا أن نأخذ أي إجراء بشأنها، ومع ذلك فنحن كثيراً ما نستمر بالتعلق حول أمور لا تهمّنا، أو لا تستحق هذا الإهتمام المقلق، إننا غالباً ما نتجنب موضوعات ثبت لنا أنها مؤلمة والتي تشتمل على حالات من الإضطرابات النفسية التي تدفع بالإنسان الذي يعاني منها وترغمه ليبحث عن نُصح ومساعدة الآخرين، وإن هذا الكتاب يتعلق بشكل من أشكال المساعدات التي يمكن النظر إليها علىٰ أنها مجموعة من الفنيّات تعرف بإسم العلاج السلوكي، وهذه الفنيات نشطة في وقتنا الحاضر وتشكـل تحديـاً كبيراً إلىٰ أسلوب العـلاج النفسي التقليدي وإلىٰ مفاهيمه وطرائقه، هذا التحدي الذي يمثل جوهر الحقيقة التي دفعت بالبعض إلىٰ المعارضة والإستياء من عملية العلاج النفسي.

الفصل الأول

ما هو العلاج السلوكي

What is behaviour therapy

الفصل الأول
ما هو العلاج السلوكي
What is behaviour therapy

إثنان يخرجان من بوابة المستشفى أحدهما امرأة شوهدت تنظر حولها بإعجاب، والشخص الآخر هو المعالج الذي قام بعلاجها، وكان ذلك بعد مضي الأسبوع الثاني من معالجة هذه المريضة من حالة خوف شديدة ألمت بها وجعلتها لا تستطيع الخروج إلى الخارج بمفردها، إنها الآن تحاول أن تفعل شيئاً جديداً، وقد طلب منها أداء تمرينات بسيطة لحد ما، ولكنها تحتاج إلىٰ إعداد دقيق وتخطيط مسبق، والمريضة علىٰ علم بالأشياء المطلوبة منها، وكيف أن عليها أن تؤدي مهمتها بإتقان، وبعد سماعها بعض الكلمات التشجيعية من المعالج طلب منها أن تمشي بمفردها إلىٰ أبعد مسافة من مصباح الإضاءة الثالث لمركز البريد، وبعد إتمام هذه المهمة عليها أن تعود ثانية إلى بوابة المستشفىٰ وهي تبتسم وسعيدة. وقد عولج الخوف المرضي (الشاذ) الذي تعاني منه (هذهالسيدة) بهذه الطريقة، وكان لا بدّ من عمليّة تشجيع وتقوية كل خطوة من خطوات العلاج وذلك قبل الإنتقال إلى الخطوة التالية، وحتى تتعلم هذه المريضة أن تمتع نفسها وبشيء من حرية الحركة التي تساعدها علىٰ شراء حاجاتها، أو التنقل بواسطة المواصلات العامة، أو أية مواصلات أخرى كالتي يستخدمها الناس، وربما احتاج هذا العمل إلى أكثر من سنوات. وسنشير فيما بعد كيف وضعت خطة العلاج من الناحية النظرية والعملية، والمهم في بادىء الأمر إلقاء الضوء علىٰ مثل هذه الأشكال من السلوك الشاذ.

ربما يجب علينا البدء بمحاولة مناقشة بعض الأسئلة والإستفسارات التي تتبادر إلىٰ أذهان العامة من الناس عندما يعلمون بأن مثل هذه التدريبات البسيطة (المشار إليها سابقاً) لها قيمة في خفض أو إزالة أثر السلوك العصابي، ويغلب أن يكون السؤال الرئيسي يدول حول: كيف يكون لمثل هذه الطريقة البسيطة من العلاج فعالية؟، في نفس الوقت الذي نعلم فيه جيداً بأن العقد النفسية الخفيّة أو العميقة في النفس هي التي تمثل جذور (The Roots of all Neuresis) جميع الأعصبة، ثم أن المريضة بإمكانها أن تفعل كل شيء، وأن تقول (إن أرادت) أن علاج ذلك مستحيل (أي الطريقة السلوكية البسيطة)، ثم إن المريضة هل هي فعلاً مضطربة، بالرغم من تواجدها في شارع عادي وفارغ من الناس، ولا يوجد فيه ما يضر، ومع ذلك فقد بدا عليها الإضطراب (الخوف)؟ الواقع أن مثل هذه الأسئلة والإستفسارات ترتكز علىٰ بعض المفاهيم الخاصة المتعلقة بمشكلات علم النفس، وأسبابها، وبالإضافة لذلك فإن مثل هذه القضايا المطروحة إن هي إلّا تعبير عن حالات استمدت من الفكر العام للعلاج النفسي، وللتحليل النفسي (Psychotherapy and psychoanalysis)، وبمعنى عام إن معظم طرائق العلاج المألوفة للإضطرابات العصابية (والتي ما تزال تتكرر) تعتمد علىٰ إفتراض يتعلق بوجود عقد نفسية خفية تكمن في أعماق النفس، (Hidden re- cesses of the mind). وهذه العقد النفسية تكون علىٰ هذه الحال بسبب كونها ذات طبيعة لا شعورية، أو غير معلومة للفرد الذي يعاني منها، وهي بالرغم من ذلك تسبب ظهور مجموعة من الأعراض مثل التهتهة في النطق، والمخاوف المرضية، أو الإضطرابات الجنسية، لهذا فإن المهمة الأساسية الملقاة علىٰ عاتق المعالج يجب أن تهدف إلىٰ تحديد هوية المنشأ (أو المصدر) الحقيقي للإضطراب، وأن يعمل علىٰ استئصال (Eradicate) ذلك.

من ناحية أخرىٰ بالإمكان (للباحث) تبني وجهة نظر أخرىٰ حول المشكلات العصابية والإضطرابات السلوكية تختلف عن وجهة النظر السابقة، وتمثل هذه النظرة الأخرىٰ أحد مستويات المناقشات (الجدلية) الحقيقية

البسيطة التي كانت تدور بين جماعة العلاج النفسي[*] والعـلاج السلوكي، وهي ترى بأن الإضطرابات السلوكية التي تظهر للعيان إن هي إلاّ إضطرابات قد تعلمت أو اكتسبت خلال تجارب حياة الفرد (Through life's experience)، لذا قد يكون بالإمكان وبسباطة طي (أو إزالة) هذه الإتجاهات أو السلوكات المكتسبـة، ومن ثمـة إزالـة بعض التعلم السـابق، أو تعلم بعض السلوك الجديد والأفضل، أو الأكثر ملائمة وعاديّة. ولكن الإفتـراض المقترح بـأن التعلم هو الوسيلة البسيطة والمباشرة لهذه الإضطرابات السلوكية يترتب عليه إفتراض أو تساؤل حول هل من الضروري، (أو بالإمكان) أن تعاكَسْ هذه الميول الشاذة بتدريبات معينة بسيطة وخلال عملية تعلم جديدة؟ أو أنه هل هناك إجراءات تعمل علىٰ إخماد (Stamping) التعلم السابق (الشاذ)؟.

إن على القارىء أن يوازن ويقارن بين كلا الوضعين (أو الإتجاهين) حول العلاج النفسي، وطريقة التعلم التي يمكن أن نطلق عليها اسم العلاج السلوكي (Behaviour therapy) والتي تتضمن بدورها مجموعة إفتراضات حول طبيعة الأسباب المؤدية إلىٰ الشذوذ النفسي.

دعنا ننظر في الفروق بين الإتجاهين بشيء من الإيضـاح والتفصيل، ربما يتعلق الفرق الأساسي بطبيعة البرهان الذي يطرحه كل وضع (أو اتجاه) تجاه الوضع الآخر المغاير له، مع الأخذ بعين الإعتبار بأن هناك شيء من الشك في أن العلاج النفسي ليس لديه الكثير للإعتماد عليه[١] وذلك بالمعنى

(*) إن مصطلح العلاج النفسي المشار إليه في هذا الكتاب يشير إلى العلاجات التي تتضمن نفس الافتراضات المذكورة آنفاً (عقد نفسية خفية وكامنة في الأعماق، وهي تمثل جذر المشكلة أو الإضطراب).

(١) هناك أشكال من العلاج النفسي لم يشر إليها في هذا الكتاب يمكن التعليق عليها من ناحية المفاهيم المتعلقة بالنظرية، ومن حيث العمل التجريبي وكمثال على ذلك الأشكال التي أشير إليها من قبل (C. B. truax) و(R. R. Carkhuff) في كتابهما عن الإرشاد والعلاج النفسي، شيكاغو (١٩٦٧).

العلمي لهذه العبارة. ومن بين الفروق التي تحتل المكانة الأولىٰ مع بعض الملاحظات ما يلي:

أولاً : إن النظريات قد صيغت بشكل ضعيف لدرجة يصعب (إن لم يكن من المستحيل) إختبار مدىٰ ملائمتها.

ثانياً : إن البراهين المقدّمة لم تخضع إلىٰ شروط مضبوطة، بحيث يمكننا (إذا أردنا) أن نعتمد عليها في ظروف ومواقف أخرىٰ مشابهة، وكمثال علىٰ ذلك عندما يختار إنسان محرك سيارة، أو مدفأة كهربائية لا بد وأن يتأكد من مدىٰ صلاحيتها من خلال دليل يتعلق بمدىٰ ثباتها وفعاليتها، ولكن لمدىٰ أبعد من ذلك فإن العلاج السلوكي (أو طريقة التعلم) يبدو أنهما يعتمدان على أسس علمية أكثر دقة، هذا بالرغم مما يمكن أن يقال بأن ما يبدوا لنا هنا هو أكثر مخادعة أو تضليلاً، وبشكل عام فإن النظريات التي بين أيدينا الآن والمتعلقة بهذا الشكل من العلاج أكثر ثباتاً وموضوعية من غيرها، وموضوعية هذه النظريات هي سبب إمكانية إختبارها بالتجارب المباشرة. ولكن ذلك ليس لدرجة الإعجاب بحيث يمكننا من خلال هذه البراهين والتي تعتمد علىٰ هذه النظريات أن ننتهي إلىٰ وضع نتيجة عامة (قانون عام) بشكل متقن، أو أن نراهن علىٰ ذلك ضمن شروط تجريبية مضبوطة.

ومن الطبيعي أنه بقدر ما نشعر بأن العلم يساعدنا في مواجهة المشكلات النفسية بقدر ما نزيد من ثقتنا في طريقة التعلم، وعلىٰ الأقل بالنسبة لنقد التجارب التي تجعلنا نشك في التنبؤات التي كنا قد توقعناها، وإذا لم نقم بمثل هذه الإختبارات فإنه يمكن أن نبقىٰ سعيدين في جهلنا وفي فشل أفكارنا، وفي نهاية ذلك فمن الطبيعي أن معظمنا سيكون أكثر ميلاً وتعلقاً بالنتائج الواقعية أكثر من الأسباب التي كنا قد فكرنا في الوصول إليها. أما الإستفسار عن النتائج فسيكون أكثر إرتباطاً بالعدد الكبير من الأفراد

(المرضىٰ) الذين يعانون من مشكلاتهم، (أي بنتائج الدراسات التي تجرىٰ عليهم).

وعلى كل حال فإنه ليس لدينا الآن إلاّ إجابة أولية، علماً بأن هناك دليل ثانوي (يمكن أن نناقشه في فصول قادمة) يدور حول أن العلاج السلوكي يبدوا أنه حقق بعض الفوائد بشكل أسرع، وأكثر فعالية من العلاج النفسي، والسؤال الأخير الذي يمكن أن يطرح يتعلق بمدىٰ تفوّق طريقة أو أخرىٰ في العلاج، وسيكون لي من السهل الإجابة عن ذلك، والأمر أكثر تعقيداً من أن نقول بأن (أ) أفضل من (ب).

وبعيداً عن النظريات والبراهين التي تعتمد عليها كل طريقة، فإن كلتا الطريقتين تختلفان بشدة عن بعض وخاصة من حيث الإفتراضات التي تتعلق بطبيعة ومنشأ الإضطراب العصابي، وفيما يتعلق بدور الأعراض (The Role of symptoms)، حيث أن طريقة العلاج النفسي تفترض بأن الأعراض مثل (الإكتئاب، والمخاوف المرضية... إلخ) عبارة عن إشارات (Signals) أو رموز لضغط نفسي يشير إلىٰ معاناة الفرد ووجود عقد داخلية هي ليست وليدة اللحظة الراهنة، ولا يمكن التعرف عليها بالحال من قبل المريض أو المعالج، واستناداً إلىٰ وجهة النظر هذه فإنه يمكن القول بأن نوع العَرَض يعتمد علىٰ استراتيجية وذريعة بأن المريض وجد من الضروري من أجل أن يقي نفسه آلام البوح أو التعبير عن عقدته العميقة أن يلجأ إلىٰ هذا العَرَض، لهذا يبدو أنه غير قادراً (أي المريض) علىٰ الذهاب لوحده منفرداً في الشارع، ويمكن تفسير ذلك بأنه شكل من أشكال الوقاية ضد تحرك الشحنات العدوانية لدىٰ المريض. (Against the operation of the patient's aggressive impulses).

وبشكل مغاير تماماً لوجهة النظر السابقة حول معنىٰ الأعراض نجد بأن طريقة التعلم أو العلاج السلوكي تعتبر الأعراض دليل على عملية تعلم خاطئة (Faulty learning)، ودون أي إعتبار لأي سبب كامن أو عميق، ويفترض أصحاب هذه الطريقة أن تعلم الأعراض العصابية يختلف عن أي تعلم آخر

بأنه تعلم غير ملائم أو لا تكيّفي على سبيل المثال: إنه ليس من المناسب أو المعقول لأحد ما أن يعاني من حالة قلق شديدة عندما يتواجد في شارع عادي خالٍ من الناس، ومثل رد فعل القلق هذا يعتبر غير عادياً وخاصة من الناحية الإحصائية (كيف يمكن تحديد ذلك بشكل إحصائي)، كما أن رد الفعل هذا يعتبر غير عادياً وشاذاً لأنه يجعل حياة الفرد صعبة جداً، من ناحية أخرىٰ إنه ليس من الصعب مشاهدة كيف أنه وبواسطة الترابط بين عمليات التعلم إحداث نفس رد الفعل هذا والمتعلق بالخوف الشاذ، كما يمكن للفرد أن يختبر أو (يعاني) من رد الفعل الشاذ لهذا الخوف. علىٰ سبيل المثال إن تذكر الفرد لعملية اغتصاب متوحشة قديمة، وقد أحاطت بها ظروف معينة، فإن ذلك يقود الفرد إلىٰ حالة عصبية، وذلك عندما يمر في نفس الظروف مرة أخرىٰ (عملية تداعي)، ومن الطبيعي أن يكون ليس من المعقول (أو من المقبول) أن نرجع الفرق بين الحالات العصبية والحالات الأخرىٰ إلىٰ خبرة صادمة (Traumatic experience) - كما يدّعي جماعة التحليل النفسي -، لهذا فإن المعالجين السلوكيين يدفعون الإنتباه نحو حقيقة أن التجربة النفسية الصادمة يمكن الكشف عنها من خلال التاريخ - السلوكي - للفرد والذي يمكن القول عنه أنه عادياً تماماً، كما يمكن القول عنه أنه عصابياً. . . لهذا فإن الفرق الحاسم بين المجموعات العادية والعصابية يرتكز علىٰ وجود ظروف معينة حدثت من خلالها تجربة (أو خبرة) معينة، وكان للفرد رد فعل معين تجاه هذه الخبرة.

وربما يكون من وجهة نظر الإنسان الغير متخصص (Non - Specialist) أن الهوة الواسعة بين طريقتي العلاج النفسي - والعلاج السلوكي تكمن في التكنيك وفي استراتيجية العمليات العلاجية ذاتها.

ولكن السؤال الذي يتبادر إلىٰ الأذهان كيف يمكن تحقيق الشفاء (How Can a cure be obtained)؟ وما هي الإجراءات والطرائق التي تسهّل تحقيق ذلك؟.

من الواضح مما ذكرناه آنفاً بأن الهجمة المباشرة للعلاج تتركز علىٰ

الأعراض أو علىٰ التعبير الظاهري للمشكلة أو للصعوبة التي يعاني منها الفرد، وهذا ما يعتبر غير صحيح أو خاطىء من قبل أصحاب العلاج النفسي، الذين يرون من وجهة نظرهم أن الأعراض ليست هي في الحقيقة إلّا مؤشرات (Indicators) علىٰ وجود حالة ضغط نفسي، ويمكن اعتبارها (أي الأعراض) كمفتاح لحل لغز طبيعة ما يكمن وبشكل خفي داخل شخصية الفرد ـ (الأعماق) ـ، ومن الواضح في العلاج أن المعالج النفسي يؤكد في طريقته علىٰ المشكلات الكامنة والتي لا يعيها المريض، وهذه المشكلات الخفية ترتبط بصراعات معينة، وعقد نفسية، وهي تتطلب بعض الإجراءات التي تساعد في الاستفسار وفي الإجابة، ومنها عملية تفسير أحلام المريض (Patient's dreams)، وإيقاظ الذكريات لديه، وهذه كلها تهدف إلى الوصول لصيغة ملائمة حول طبيعة المشكلة الخفية التي يعاني منها المريض.

ولكن هل هذا الافتراض (السابق) صحيحاً، وخاصة من حيث النتائج التي سيؤدي إليها؟ من الطبيعي من الناحية المنطقية أن يؤدي توجيه الإنتباه إلىٰ الأعراض الظاهرة فقط إلىٰ إغفال السبب الحقيقي (The Real Cause) الخفي للإضطراب، لذلك فإن المعالج النفسي بحاجة إلىٰ أن يقيم الدليل علىٰ أن العلاج العَرَضي (Symptomatic treatment) لوحده سيؤدي إلىٰ حالة من التحسن المؤقتة لدىٰ المريض، بينما ستظهر لديه علائم أخرىٰ من الإجهاد النفسي أو الإضطراب السلوكي، وهذه تكون جديدة وتحل محل الأعراض التي أزيلت بواسطة العلاج الظاهري (السطحي) Superficial Therapy)، والنقطة الأساسية التي يعتمد عليها المعالج السلوكي والتي تتعلق بالعلاج العَرَضي، تبدو لنا واضحة من خلال ما أشرنا إليه سابقاً، إن العلاج بهذه الطريقة يتجه نحو إزالة أو تعديل الأعراض التي يعاني منها المريض، وذلك عن طريق جعل المريض يسلم أو يقتنع بعدم ممارسة أو تعلم بعض السلوك الغير متوافقة، أو عن طريق جعل المريض يتعلم بعض أجزاء من السلوك المتكيّف (السوي) التي يختارها المعالج. وتعتمد وجهة النظر هذه بشكل رئيسي علىٰ فكرة أن الأعراض هي العصاب (Neurosis)، ولا شيء غير

ذلك إلّا ملاحظتها أو ملاحظة شدة المشكلات التي قد تترتب علىٰ ذلك. بينما في العلاج النفسي[١] يميل المعالج في بادىء الأمر إلىٰ بناء علاقة أولية وشفوية بينه وبين المريض، فإن المعالج في العلاج السلوكي يكون إتجاهه نحو التركيز علىٰ الصعوبات الواقعية التي يشكو منها المريض، مثل عدم القدرة علىٰ عبور شارع ما، أو عدم القدرة علىٰ تسلق المرتفعات. . . ويلاحظ في الحالات هذه أن التأكيد يتركز علىٰ سلوك مضطرب وواقعي، لهذا فإن هذا الإتجاه من العلاج اشتق اسمه من هذه التأكيدات. أما من وجهة نظر المريض فإن خبراته في العلاج ربما تكون بالنسبة إليه ملفتة للنظر وأخاذة، وفي العلاج النفسي عادة ما يلاحظ المريض بأنه في وسط يشعره بالحرية مع شيء بسيط من التوجيه فيما يقوله أو يفعله (تداعي موجه أو مقابلة نصف موجهة)، والعلاقة التي أنشأها (أي المريض) مع المعالج يبدو أن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعالج نفسه، أما في العلاج السلوكي فإن أهداف العلاج تكون واضحة للمريض، ويكون المعالج بشكل عام أكثر نشاطاً، وفعالية، وتشجيعاً، وإقناعاً للمريض، وعلاقة المعالج بالمريض تكون ذات أهمية نسبية ومحدودة.

إن مثل هذه الفروق وغيرها تشير بشدة إلىٰ الإنقسام الحاد في الرأي حول علاج الاضطراب النفسي، وتبدو هذه الفروق كبيرة لدرجة يصعب معرفة أيهما أفضل عدا وجهة نظر واحدة يمكن أن تكون صحيحة، والمهمة

---

(١) هناك بعض الشك في أن العامل الوراثي يلعب بعض الدور في تحديد فيما إذا كان شخص ما سيعاني من إضطراب نفسي أم لا، ومن المحتمل أن تأثير الجينات يلعب دوراً في نمو أشكال معينة من الإضطراب دون غيرها، وهذا التأثير يظهر بشكل متطفل أو فضولي، مثلاً في الحالات العقلية يكون هذا التأثير أكثر وضوحاً من الحالات العصابية، ونفس العوامل لا يمكن تجاهلها، إلّا أن الحقيقة أن مثل هذه العوامل لا تلعب هذا الدور المبالغ فيه، ولا تجعل من الضروري التركيز في عملية العلاج على ذلك، وبحيث نبتعد عن أثر البيئة (Environment) والتعلم (Learning) إن معظم المعالجين السلوكيين سيوافقون علىٰ أن العوامل الوراثية لها أهميتها في الخبرات التي يتعرض إليها الفرد.

التي يمكن أن تواجهنا هي إتخاذ القرار في أي من الطريقتين في العلاج ستكون أكثر فائدة ويمكنها أن تقدم أكثر، وفي الحقيقة إن القول أو اتخاذ قرار بهذا الشأن عملية صعبة، وقد يؤيد البعض طريقة العلاج السلوكي علىٰ أنها ستشكل ثورة في مجال التدريب والتعلم، وحتىٰ الآن هناك دلالات بسيطة قد تمّ تحقيقها من قبل كل جانب، وبالرغم من أنه يمكن إعتبار تاريخ العلاج السلوكي قصيراً جداً، فقد بدا علىٰ الأقل أنه يعتمد علىٰ أساليب ومقدمات مفيدة، بإمكانها بالطبع أن تزيد من فرص التجربة والمنافسة الجديرة بين هذين النمطين المتميزين من العلاج، وخاصة فيما يتعلق بالفعالية العامة أو بالإفتراضات التي يحددها كل إتجاه.

إن أحد الباحثين أثار مؤخراً ملاحظة مفادها أن هناك إحتمالاً لظهور أعراض جديدة في موضع الأعراض السابقة التي عولجت سلوكياً، إلّا إذا سلّمنا بأن العقدة الداخلية (Inner Complex) لدىٰ المريض قد زالت، والواقع أن المؤشرات الواضحة المتعلقة بهذه الملاحظة تبيّن بأن إزالة الأعراض الموجودة سوف لا يؤدي إلىٰ ظهور، أو تشكل أعراض أخرىٰ تحل محلّها، وبمعنىٰ آخر إن الموقف المتبنىٰ من قبل المعالجين السلوكيين يبدو أنه أكثر معقولية، وعلىٰ كل حال فإنه من المحتمل مضي عدة سنوات قبل أن يتمكن كل إتجاه من توجيه الضربة القاضية (Fatal Blows) للإتجاه الآخر، أو حتىٰ يتم المعالجة بكلا الإتجاهين، والإنتهاء إلىٰ النتيجة الغير متوقعة حالياً. وقد يكون من المحتمل أن يحدث للعديد من القراء أن يتبنّو طريقة العلاج السلوكي مع طريقة التعلم، حيث أن طريقة العلاج النفسي بشكل عام ليس لديها الكثير لأن تفعله في مجال التعلم، ولا بد من الاهتمام بعملية التعلم وذلك من أجل البحث في اكتساب (Acquisition) وإزالة الإضطراب. وبهذا المعنىٰ نجد أن المعالجين السلوكيين والنفسانيين يتفقون علىٰ إعتبار الإضطرابات العصابية دليل علىٰ عملية تعلم فاشلة أكثر من اعتبارها تعبير عن شذوذات وراثية (Inherent abnormalities)، ومهما يكن من أمر فإن الجماعة الأولىٰ (جماعة العلاج النفسي) تميل إلىٰ التأكيد وبشدة علىٰ مضمون (The

(Content) موضوع التعلم أكثر من تأكيدها علىٰ عمليات التعلم في حد ذاتها.

ونتيجة لذلك فإن هناك إحساس حقيقي فيما يمكن أن يصرّح عنه جماعة العلاج السلوكي في تبنّيهم لطريقة التعلم، هذه الطريقة التي تعتبر تاريخياً صادقة ومفيدة للبحث.

منذ ما يقارب السبعين عاماً وعلماء النفس يشغلون أنفسهم في دراسة كيف تتعلم العضويات، وهذه الدراسات أصبح لها الآن مجالاً واسعاً وكبيراً، والهدف هو الوصول إلىٰ حقائق تساعد في صياغة نظرية التعلم وبحيث تشتمل هذه النظرية علىٰ قواعد أساسية وقوانين، أو فرضيات عامة، ويبدو أن عدداً كبيراً من هذه القوانين ساهم في رسوخ بعض الأفكار العامة حول نظرية التعلم، وعلىٰ سبيل المثال إن عملية التدريب والممارسة تؤدي إلىٰ أداء أفضل في مجال التعلم، وكذلك فإن عملية التعلم تصبح أكثر كفاية تحت شروط تتوفر فيها المكافأة، وبالرغم من ذلك فإن هناك العديد من التناقضات (Paradoxes) في مجال التعلم ليس من السهل شرحها الآن، كما أن العديد من القواعد والأسس ليس من السهل الكشف عنها إلّا عن طريق التجربة.

وبالنسبة للعلاج السلوكي فإن أهمية هذا الاتجاه تتجلىٰ في النظريات والتجارب التي إمتدت لسنوات، والتي أمكننا من خلالها معرفة كيف يتم ضبط السلوك أو تعديله، وفي نفس الوقت إختبار لمعرفة مدىٰ فاعلية آجراءات التعلم، وطرائقه، ومدىٰ فاعلية النتائج التي تم التوصل إليها، والتي يمكن أن تكون ذات قيمة في كشف النقاب عن بعض المقترحات المتعلقة بمسألة عدم التعلم (Unlearning) أو محوه وكشكل من أشكال السلوك المرغوب من قبلنا، ومن أجل تحرير أنفسنا من أمر غير مرغوب فيه، يسميه البعض بالشاذ أو المنحرف، أو العصابي (Abnormal or Neurotic)، وهذه هي الفكرة التي تضم الجانب التجريبي والجانب النظري في نظرية التعلم، والتي يأمل معالج السلوك أن يستنبط من خلالها الإجراءات الخاصة بالعلاج. والمشكلة أن معظم التجارب والنظريات إعتمدت علىٰ الحيوانات مثل الفأر الأبيض، والحمام وغير ذلك من الحيوانات، وهذا قد يختلف عن دراسة

السلوك البشري الذي له قدسيته وحرمته (Sanctity)، والعديد من الناس يشعرون بأن الإنسان يختلف وبشدة في حياته النفسية عن الحيوان مما يجعلنا لا نستطيع أن نخضعه إلىٰ القوانين المستمدة من الملاحظات علىٰ الفئران البيضاء، أو إن إخضاعنا الإنسان لهذه القوانين سوف لا يكون له أية قيمة علمية، وقد يشعر الباحثون بأن هناك قوانين محددة وخاصة يجب أن تطبق علىٰ الإنسان. وعلىٰ كل حال يجب الإبتعاد قدر المستطاع عن الكائنات العضوية البسيطة (Simple organisms) التي نتناولها بالدراسة بهدف فهم الإضطراب العصابي المعقد، وهذه حقيقة واقعية أكثر منها رأي، ويجب أن يكون البرهان دائماً وبطريقة أو بأخرىٰ مبنياً علىٰ إختبار عملي وليس رأي نظري.

دعنا نبدأ في تفحصّ بعض الأفكار التي تبدو أنها علىٰ مستوىٰ من الأهمية بالنسبة للمعالج السلوكي داخل مخبره وبين أجهزته، وربما تكون أكثر الأمثلة أهمية في هذا الصدد التجربة الكلاسيكية التي أجراها العالم الروسي إيفان بافلوف عام (١٩٢٧)، وسنشير إلىٰ هذه التجربة بشكل جزئي حيث أن شرح هذه التجربة يعتمد علىٰ فهم أفكار ومفاهيم معينة يعتقد بها المهتمون بالعلاج السلوكي، وهذه التجربة تمثل شكلاً من أشكال التعلم يدعىٰ بالإشراط (Conditioning)، ولأن العلاج السلوكي يعتمد علىٰ هذا الشكل من التعلم، الذي يشار إليه عادة بنظرية الإشراط، أو (أحياناً) بطريقة فك الإشراط (Deconditioning)، والمراحل التي سنصفها فيما يلي مقتبسة من دراسة بافلوف تحت عنوان الإشراط اللعابي (Salivary Conditioning). من المعلوم لدينا أن بافلوف بدأ بملاحظة أن أحداث أو أشياء معينة (وهنا يشير إلى الأشياء كمثيرات) تسبق عادة إحضار الطعام للحيوان المجرّب عليه (الكلب) مثل قعقعة طبق الطعام، أو سماع صوت أقدام الشخص الذي يحضر الطعام... وهذه بدورها تؤدي إلىٰ إفراز لعاب الكلب، وقد يقول قائل بأن عملية إفراز اللعاب سبقت قدوم الطعام... ولكن التطبيقات التي أجراها بافلوف تبين له من خلالها بأن هذا السلوك (سلوك إفراز اللعاب) هو

سلوك جديد ومتعلم وحصيلة الموقف ككل، أو هو سلوك خضع لعملية الإشراط واعتمد علىٰ تكرار الإرتباطات بين المثيرات الجديدة وبين إفراز اللعاب، وبمعنىٰ آخر وجد بافلوف إن أي مثير وليكن صوت الجرس (a gong) إذا تكرر إقترانه برائحة معينة، أو بطعام ما، ودون أي تدريب، فإن ذلك سيكون كافياً لأن يؤدي إلىٰ سيلان اللعاب (Silivary flow)، لهذا فإن رد الفعل هذا يمكن أن يأتي عن طريق صوت الجرس فقط، والإستجابة الإشراطية، أو التي أشرطت) هي علىٰ الرغم من بساطتها تتضمن بعض الخصائص المعينة مثل:

أولاً : إنها تحتوي علىٰ المثير الجديد الذي استجاب إليه الحيوان، والذي يجب أن يحدث قبل المثير الذي يؤدي إلىٰ السلوك المرغوب فيه.

ثانياً : إن الفاصل الزمني بين هذين المثيرين (صوت الجرس، الطعام) يجب أن لا يكون كبيراً (وتقترح معظم الأبحاث أن يكون هذا الفاصل الزمني قصيراً قدر المستطاع، وعادة تكون أفضل النتائج عندما يكون هذا الفاصل الزمني حوالي نصف ثانية.

ثالثاً : إن السلوك الذي إقترن بالمثير الجديد يميل إلىٰ أن يحدث بشكل منتظم كلما ظهر هذا المثير.

والواقع أنه حتىٰ هذه القواعد البسيطة للحصول علىٰ إرتباطات جديدة أو تعلم جديد تكون صعبة من حيث الإعداد لممارسها، وليس من المدهش أن نجد أن هذه المحاولات الإشراطية للسلوك تضعف لدىٰ المرضىٰ المعايير المثالية، وغالباً ما تؤدي إلىٰ الفشل، لذلك فإن إحدى الصعوبات الأساسية في تطبيق طريقة الإشراط علىٰ مشكلة عملية هي القدرة علىٰ الوصول إلى أفضل تقديرات ممكنة للموقف، والمثال التالي يوضح لنا ذلك.

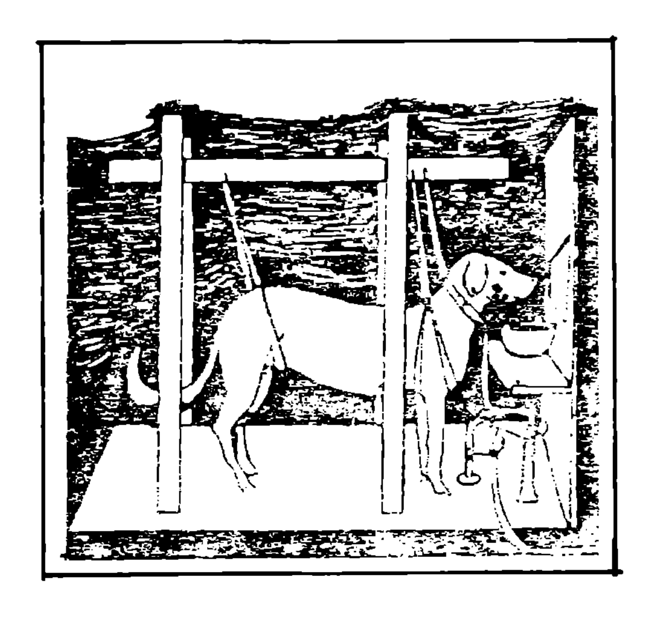
نفترض أن أحداً ما يقوم بمحاولة فك عملية الإشراط (Deconditioning) لمريض مدمن علىٰ الكحول، ففي الماضي غالباً ما كان هناك

اتجاه نحو استخدام بعض الوسائل الكيميائية، (وبشكل متكرر) بحيث تؤدي هذه الوسائل إلىٰ عملية قيء (Vomiting) لدىٰ المريض، ومن الطبيعي أن هذه المادة الكيميائية تقرن مع كمية من الكحول، الذي يعطىٰ عادة للمريض لمدة حوالي نصف ثانية قبل بدء عملية التقيؤ، وقد يرغب البعض بهذه الطريقة أن يزيد وإلىٰ الحد الأعلىٰ من قوة الإرتباط بين المثير (الكحول)، والإحساس الغير سار لدىٰ المريض، وبصورة عملية يمكن القول بأنه وفي الوقت الذي يكون فيه المثير المنفّر (Aversive Stimulus) ـ العقار ـ يترك أثره لدىٰ المريض، فإن قدرة المريض علىٰ التحمل، ورد فعله في أي مناسبة لا يمكن التنبؤ بها، وبإمكاننا فقط أن نأمل بأن استخدام نفس الطرائق تضعنا في حالة تقريبية من التفاؤل. ولحسن الحظ أن هناك طرائق أخرىٰ أكثر فائدة ودقة، ولكن هذا المثال الذي أوردناه يمثل أحد الصور العملية التي ساهمت نسبياً (وبشكل ضعيف) في علاج الكحولية وبالإعتماد علىٰ طرائق الإشراط، ويمكن لأحدنا أن يتذكر هذا الشكل من العلاج الذي أشرنا إليه سابقاً، وكمثال علىٰ تعلم المريض لإستجابة جديدة (استجابة النفور من الكحول)، لقد كان الكحول في السابق يؤدي لدىٰ المريض إلىٰ حالة سارة، أمّا الآن وبعد عملية مصاحبة الكحول للمثير الجديد (العقار)، أصبح الكحول يؤدي إلىٰ حالة متعبة جداً لدىٰ المريض.

وإذا تساءلنا عن مدىٰ استمرارية المريض في تناول الكحول، وهل سنحتاج إلىٰ استخدام طريقة أخرىٰ في العلاج؟ من الطبيعي أن تفاصيل الأسباب التي قد تؤدي بالمريض إلىٰ الإستمرار في تناول نوع معين من الكحول متعددة ومعقدة، ويمكن القول بأن حالة التسمم (Intoxication) الكلية أو الجزئية كافية بشكل عام لتفسير ذلك. وحالة التسمم هذه هي التي غالباً ما تحث المريض وتجعل لديه نزوة نحو الشرب، والتمسك بطريقة معينة.

ومن الواضح أنه إذا كان هذا الإفتراض صحيحاً، فإنه يمكننا أن نكرّس وقتنا وجهدنا في إتقان هذه الطرائق التي تؤدي إلىٰ إزالة الآثار المريحة للإدمان، وحالة السرور (والنشوة) المصاحبة لذلك.

يـرىٰ بافلوف من هـذه الأمثلة والتجارب الســابقة والمتعلقـة بـالتعلم الجديد، أو بعملية الإشراط، أنـه بالإمكـان إزالة، أو إطفـاء (Extinction) الإستجابة (الغير مرغوب فيها) عن طريق الإستفادة من مفهوم المكافأة (أو التعزيز) أيضاً، مثال: إن بافلوف أراد أن يبين لنا كيف أن إستجابة اللعاب الشرطية حدثت وبسهولة عند سماع الحيوان لصـوت الجرس، ولكن هـذه الإستجابة لم تكن لتحدث لولا تقـديم المجرب للحيـوان المثير المنـاسب (الطعام)، الذي كان مصحوباً بصوت الجرس من وقت لآخر، حيث أن رد فعل الحيوان لصوت الجرس وحده سيختفي تدريجياً (انطفاء الاستجابة).



شكل رقم (١)

طريقة بافلوب لإشراط لعاب الكلب، اللعاب يسيـل
من خلال فتحة جراحية في الفك، ويمر إلىٰ وعاء قياس

صوت الجرس (مثير حيادي) ←← يؤدي إلى استجابة ما محايدة.
صوت الجرس + الطعام ←← سيلان اللعاب (وبعد التكرار)
صوت الجرس ←← سيلان اللعاب
الاستمرار بسصوت الجرس دون تقديم طعام للحيوان←← زوال الإستجابة

وبمعنىٰ آخر إذا كان الكلب قد تدرب علىٰ أن يفرز لعابه بمجرد سماعه صوت الجرس لوحده، فإن عملية تكرار قرع الجرس دون طعام ستؤدي إلىٰ ضعف تدريجي في الإستجابة (نقصان كمية اللعاب)، وحتىٰ تختفي الإستجابة كلية. ويتضح من ذلك بأن الإستجابة الشرطية تحتاج إلىٰ نوع من التدعيم أو المكافأة، وذلك علىٰ فترات متقطعة، من أجل تقويتها.

إن المعالجين السلوكيين يرجعون العديد من الإنحرافات النفسية وخاصة ما يسمىٰ منها بالعادات العصابية إلى الإستجابات الشرطية، ويترتب علىٰ ما كنا قد ذكرنا أن هذه الاستجابات الشرطية تخدم بطريقة ما غرضاً لدىٰ المريض، وتحقق لديه الراحة، وقد يبدو ذلك غريباً للوهلة الأولىٰ أي كيف يمكن للإعاقة الإجتماعية أن تكون بمثابة مكافأة لدىٰ المريض؟ من ناحية أخرىٰ هل من المؤكد أن الشخص الذي يمر بخبرات مؤلمة يعاني من آلام نفسية، أو من شيء من عدم الراحة (discomfort) بسبب خوف مرضي أو أي شيء متعلق آخر؟

إن المعالج السلوكي بإمكانه أن يجيب وببساطة عن ذلك، إن المكافآت في مثل هذه الحالات تنشأ من هروب الفرد، أو تجنبه للموقف أو اللمثير الذي يؤدي إلىٰ متاعبه، وإن مثل هذه المكافئة تكون مرضية للفرد، وإنه لشيء عظيم أن يجد الإنسان لنفسه عذراً يتجنب من خلاله بعض المخاوف مثل الخوف من رحلة في المصعد إلىٰ المرتفعات، والإنسان سيكون أكثر رضىٰ أيضاً في أن يمكث داخل منزله إذا أراد تجنب القلق من جراء حشد الناس داخل المتجر المركزي.

والسؤال الذي يتبادر إلىٰ الأذهان، ما هو مقدار ما يمكننا أن نعدله من السلوك السار للفرد والذي يبدو في بعض جوانبه أنه سلوك شاذ؟ ونحن عندما نحاول إزالة هذه الأمور السارّة والتي تؤدي إلىٰ رضىٰ الفرد فإننا نتوقع اختفاء هذا السلوك.

دعنا الآن نشاهد باختصار واحدة من التجارب التي استهدفت تعديل سلوك معين لمريض عقلي مقيم في المستشفىٰ، وهذه التجربة أجراها كل من إليون (Ayllon) وميشيل (Micheal) عام (١٩٥٩)، واشتملت علىٰ عينة من (١٤) مريضاً بانفصام الشخصية (Schizophrenic)، وخمسة مرضىٰ بالضعف العقلي (Mental defective)، وجميع هؤلاء المرضى يعانون من مشكلات سلوكية وخاصة مع الممرضات (The Nurses) داخل المستشفىٰ، وملاحظة هؤلاء المرضىٰ تجعلنا نتبين بأن الجميع يتمسكون وبشدّة بسلوك غير مرغوب فيه، ويحاولون دفع الانتباه إلىٰ هذا السلوك بالإستعانة بمجموعة الممرضات، وتبعاً لذلك فقد تقرر الإستفادة من إهتمام الممرضات ولفت نظرهم إلىٰ المرضىٰ كمعزز أو كمكافأة، كما تقرر بأن يكون اهتمام الممرضات بالمرضىٰ فقط عندما يصدر عنهم سلوك محبب أو مرغوب فيه، ويمتنعون عن السلوك الشاذ السابق، إن مثل هذا النظام كان صعباً لحد ما من الناحية التطبيقية، فهو يحتاج إلىٰ استمرارية لمدة (٢٤) ساعة يومياً ولمدة سبعة أيام في الأسبوع، ومن الطبيعي أن الصعوبة تشتد في حالة وجود صمم، أو مرض، أو بكم، أو حالة مريض استمر بسلوكه الشاذ. . .

إن التقدم الذي أحرزه هؤلاء المرضىٰ لم يكن مدهشاً، وبالرغم من تركيز الجهود، لقد كان بطيئاً واستغرق ما يقارب (٦ - ١١) أسبوعا من أجل تغيير بعض نواحي السلوك المحددة، إلّا أنه يمكن القول بشكل عام أن التحسن بالنسبة لمعظم المرضىٰ قد حدث باتباعهم هذا النظام البسيط، مثلاً المريض لوسيل (Lucille) تحسنت حالته واستمر لمدة سنتين في زيارة مكتب الممرضات، ونقصت هذه الزيارات من (١٦) زيارة في اليوم الواحد إلى زيارتين في المتوسط يومياً، وكذلك هيلين (Helen) التي كانت تتكلم بشكل غريب، والتي في كثير من المناسبات كانت تتشاجر مع المرضىٰ، أظهرت تحسناً ملموساً بعد (١٢) أسبوع من العلاج، وكذلك هاري (Harry) الذي كان يميل إلىٰ جمع القازورات تحت ملابسه (والذي كان يجعل الممرضات

يضطرون إلىٰ تحذيره عدة مرات في اليوم) وقد لوحظ عليه تحسناً مع إبتسامة الرضىٰ علىٰ شفتيه.

مما سبق يتبين لنا أهمية المبدأ الذي تعتمد عليه هذه النماذج من نظريات التعلم، وكيف تمّ اشتقاق هذا الشكل من العلاج الذي أصبح له أهمية حقيقية فيما بعد، والواقع أن السمعة السيئة التي لحقت إتجاه العلاج السلوكي كانت بسبب فشله في التصدي لمثل هذه المشكلات (من الذهان الوظيفي) مثل فصام الشخصية، والضعف العقلي، ومع ذلك علينا أن نقي أنفسنا من الإعجاب الشديد بهذا الإتجاه وبقدرته علىٰ تعديل السلوك، حيث أن هذا الإتجاه يبدو أنه مخادع أحياناً، وما قد ننظر إليه علىٰ أنه عادي وسهل (علاجه أو تعديله) فقد يتطلب وضع خطة دقيقة ومشروع متكامل للعمل، إن العديد من المشكلات الهامة تتعلق بالنواحي التطبيقية كمبادىء التعلم، ومدىٰ قدرة هذه المبادىء علىٰ تعديل الإضطراب النفسي، وسيتضح لنا ذلك بصورة أفضل في الفصول اللاحقة.

إلىٰ هذا الحد يتبين لنا بأن العلاج السلوكي يبدو أنه يعتمد علىٰ فكرة أن العديد من الإنحرافات النفسية هي نتيجة تاريخ سيء من عمليات الإشراط حدثت خلال عمليات تعلم الفرد لشكل أو لآخر لسلوك غير متوافق وغير ضروري له، وذلك بغرض إعاقة ذلك (إعاقة القلق، أو الخوف...) بشتى الطرق، وعلىٰ كل حال يمكننا أن نضيف أنه يمكن للفرد وبطرق أخرىٰ أن يكتسب مثل هذه المشكلات النفسية، كما يمكن أن يعالَجْ بطرق أخرىٰ وعن طريق تدريبات خاصة يقدمها المعالج السلوكي، وهنا أحب أن أشير بأن النقص في مجال التعلمْ يتمثل في فشل المريض في تعلّمه السلوك السوي (مكان السلوك المنحرف) لسبب أو لآخر.

ومن الأمثلة الشائعة التي تتعلق بهذا النقص في القدرة علىٰ التعلم هو حالة التبول اللاإرادي الليلي (Nocturnal enuresis) أو ما يسمىٰ ببلل السرير، (bed - Wetting)، وهنا يمكن أن نفترض بأن الفرد (وغالباً ما يكون طفلاً) قد فشل في اكتساب عادة سوية وهي الاستيقاظ للذهاب إلىٰ المرحاض خلال

الليل، ومثل هذه الحالات تكون المشكلة فيها عمل ترتيبات لظروف معينة بحيث يمكن لعملية التعلم هذه أن تحدث، وفي هذا المجال يمكن للعلاج السلوكي أن يعتبر ناجحاً، ويبدو من الواضح من خلال نتائج العلاج أن الخلل يكمن في ذلك، وعلى الأقل لا يوجد سبب للإعتقاد (كما هو الحال في طرق أخرىٰ) بأن هناك أي عقدة تكمن تحت العَرَض المرضي لدىٰ الفرد.

أخيراً لقد أشرنا في هذا الفصل إلىٰ نقطة هامة وهي أن أيّ فكرة حول إتجاه العلاج السلوكي ترىٰ بأنه يعتمد علىٰ قاعدة أو إثنتين من القواعد البسيطة والتي يمكن تطبيقها ببساطة لمعالجة الإضطراب النفسي هي فكرة خاطئة لحد ما، وأن ما يحدث في الواقع هو أن العديد من الإجراءات المختلفة تستخدم معاً لمعالجة نفس المشكلات، منها ما هو بسيط، ومنها ما هو معقد، والبعض منها يتطلب القليل من الإشراف من قبل المعالج، والبعض الآخر يتطلب الجهد والعمل الشاق (Strenuous)، والمهارة في الملاحظة والإنتباه. ومع ذلك فإن اختيار الطريقة لمعالجة نمط معين من الإضطراب تبقىٰ عملية ضرورية لكي يؤدي العلاج إلىٰ تعديلات تناسب الوضع العلاجي وتقلبات متطلبات المريض، وبمعنىٰ آخر إن العلاج السلوكي ليس واحداً ولكنه يمثل مجموعة طرائق، وبدون شك أنه سيضاف مع مرور الزمن أشياء كثيرة لذلك، وما يشار إليه الآن يمثل الطرق الأساسية للنظريات والتجارب المتعلقة بعملية التعلم، لهذا فإن ما يحدث أن نفس التجارب والنظريات يهتم بها علماء النفس وكذلك فإن التدريبات التي يجريها علماء النفس هي في إطار عملية التعلم أيضاً.

لذلك فإنه من الطبيعي أن يكون منشأ وتطور العلاج السلوكي يعتمد علىٰ ذلك، مع ملاحظة إستثنائية وهي ضرورة الإشارة إلىٰ جهود جوزيف ولب (J. Wolpe) (١٩٥٨)، ومساهماته في مجال علم النفس والطب النفسي، وربما هذه حقيقة جعلت للعلاج السلوكي خصائص وطرائق ناجحة، وقد يظهر لدىٰ العديد من الناس نوع من التطرف (Radicalism) في

وقت أصبحت فيه الطرائق والنظريات الفرويدية متأرجحة تماماً (Complete Sway) وتحمل الناس علىٰ تغيير آرائهم.

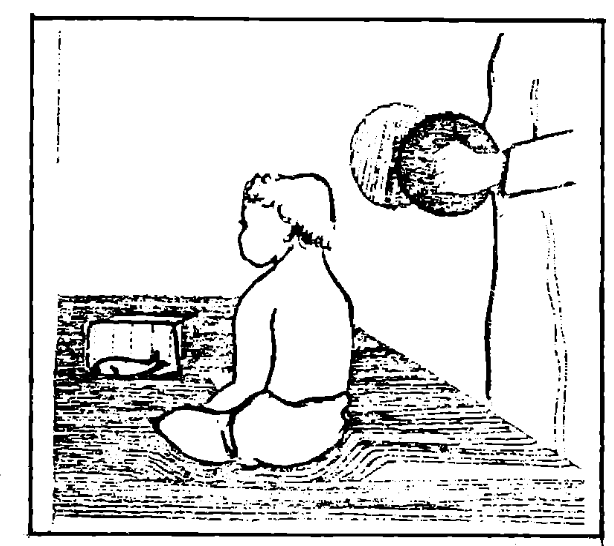
ومن المؤكد أن الأسبقية للعلاج السلوكي بعد أن انتشر واتسع مجاله في بريطانيا والولايات المتحدة، وسنجد أن هذا الكتاب يساعد القارىء علىٰ اتخاذ القرار فيما إذا كان العـلاج السلوكي سيصيح في المستقبـل الإتجاه الأساسي في علاج الآلام العصابية، وبعض أشكال السلوك المضطرب.

الفصل الثاني
أصول العلاج السلوكي
(The Origins of Behaviour therapy)

الفصل الثاني
أصول العلاج السلوكي
The Origins of Behaviour therapy

إذا أردنا الحديث عن العلاج السلوكي كطريقة لها تاريخها السابق فإنه سيظهر لنا أننا سنقع في بعض التحريفات أو التشويهات عن الواقع الملموس عن هذا المفهوم كما هو في الوقت الحاضر، والواقع أن أول من استخدم مصطلح العلاج السلوكي هو العالم لازاروس (Lazarus) عا (١٩٥٨) (متأثراً بالعالم جوزيف وولب)، وقد استخدم لازاروس المصطلح للإشارة إلىٰ طريقة جديدة في العلاج النفسي، والواقع أن العلاج النفسي السلوكي هو علاج قديم بقدم المحاولات التي قامت من أجل ضبط السلوك باعتمادها علىٰ وسيلة الثواب والعقاب، إلّا أن هذه المحاولات القديمة تشبه لحد ما المحاولات التي قام بها مخترع المعداد للعد الحسابي (Abacus inventor) إذا ما قورنت بنفس الدرجة بمصصم الآلة الحاسبة المعقدة في وقتنا الراهن، ويبدو أن التحدث عن تاريخ العلاج السلوكي يتطلب الإشارة إلىٰ أعمال العالم واطسون (Watson) وماري كوفر جونز (Marry Jones) حيث نجد لدىٰ هؤلاء أسس هذا الشكل من العلاج. لقد اهتم واطسون بالأعمال التي قام بها العالم الروسي بافلوف حول الإشراط الكلاسيكي، إلّا أن بافلوف اعتبر الإشراط كطريقة دراسة فسيولوجية لقشرة المخ (The Cortex)، بينما واطسون اعتبر الإشراط وسيلة لتفسير التعلم، وهذا ما دفع بواطسون القيام بتجربته المشهورة حول الطفل البرت الصغير عام (١٩٢٠) والذي كان يبلغ من العمر

تسعة أشهر عندما بدأ واطسون تجربته عليه، وقد كان هذا الطفل متبلدّ الحس، غير عاطفي، وكان يبدو عليه العناد، والصرامة، وكانت مهمة واطسون تعليم الطفل مخاوف جديدة، «تجارب حول العصاب التجريبي» وكان يعتمد واطسون علىٰ طريقة الإشراط، ويعرّض الطفل (البرت) إلىٰ مثيرات مثل (فأر، أرنب، كلب، . . .) من أجل تجربتها، وكان واطسون يقدم الفأرة البيضاء (لعبة علىٰ شكل فأرة). في نفس الوقت الذي كان فيه واطسون يحدث صوتاً مزعجاً خلف رأس الطفل، وذلك في اللحظة التي يحاول فيها البرت لمس اللعبة، وكان ذلك يؤدي إلىٰ خوف الطفل، وتدريجياً أصبح الطفل يخاف من الفأرة اللعبة فقط (ودون سماعه الصوت، وذلك لأن رؤية الطفل للفأرة أصبح بمثابة مؤشر علىٰ قدوم الصوت المزعج). واستمر البرت في خوفه وقد بلغ من العمر إحدىٰ عشر شهراً، قام واطسون بعدها بعملية تعميم المثير، حيث أصبح الطفل البرت يخاف من كل ما يشبه الفأر مثل الأرنب الصغير، والكلب، ومعطف الفرو، وهذه المثيرات كلها كانت تُظْهر إستجابة الخوف لدىٰ الطفل البرت ولكن بدرجات متفاوتة من الإنفعال، وهذا دليل علىٰ أن الخوف الذي تعلّمه ألبرت كان قد انتشر وتعمم بطريقة منطقية إلىٰ الأشياء التي فيها شيء من الشبه للمثير الأصلي الذي هو الفأر الأبيض، وقد لوحظ أن هذا الخوف الذي اكتسبه البرت بقي لديه مدة شهر، إلّا أنَّ هذا الخوف قد تقهقر وتراجع قليلاً.



شكل رقم (٢) (تجربة الطفل ألبرت الصغير)

وبعد ذلك بدأت جونز عام (١٩٢٤) وتحت إشراف واطسون بوضع بعض الأسس العلاجية لعلاج المخاوف المرضية المكتسبة، وأجرت مجموعة من الدراسات علىٰ عينات من الأطفال كان من بينها أن أخذت عينة مكونة من (٧٠) طفلاً مريضاً ممن هم في مؤسسات العلاج، تراوحت أعمارهم بين ثلاثة أشهر وسبع سنوات، وقد إختارت (جونز) الأطفال الذين يعانون من أعراض الخوف تحت تأثير ظروف معينة مثل (وجود الظلام، وجود الحيوان، الصوت المرتفع، وضع الأقنعة علىٰ الوجه. . .)، وحاولت جونز علاج هذه المخاوف وسلكت عدة طرق كان من بينها طريقة عدم الإستعمال (أو الإهمال) وإغفال المشكلة (disuse or Omission).

هذه الطريقة من العلاج التي تعتمد علىٰ فكرة بأن الخوف قد يختفي أو يزول من الواقع إذا لم يثار بمثير ما لفترة من الزمن، لمدة أسابيع أو أشهر، وكذلك استخدمت جونز طريقة إحضار المثير الأصلي المسبب للخوف عدة مرات مع محاولة تعديل الإستجابة بحيث يصاحب إستجابة الخوف إذا حصلت نوع من التوبيخ، والحرمان، والمضايقة. . . إلخ.

كما حاولت جونز ربط الموضوع الأصلي المثير للخوف مع بعض المثيرات الأخرىٰ التي تؤدي إلىٰ حالة رضىٰ وسرور لدىٰ الطفل (تعزيز إيجابي) مثل إقتران صورة الفأر بالطعام الذي يقدم للطفل، وهذا ما يسمىٰ بالإشراط المباشر (Direct Condioning)، وفي إحدىٰ طرق الإشراط المباشر استخدمت جونز الحلوىٰ كوسيلة للحصول علىٰ إستجابة سارَّة لدىٰ الطفل، فبينما يكون الطفل مشغولاً بتناول طعامه (أو تناول الحلوىٰ) كان يؤتىٰ بمثير الخوف (الفأر) ويوضع علىٰ مقربة من الطفل بحيث تكون المسافة غير مؤدية إلىٰ ظهور إستجابة الخوف لدىٰ الطفل، وكان الفأر يقرّب (من الطفل) تدريجياً.

وقد وجدت جونز أن هذه الطريقة إذا نفذّت بدقة وبحذر تام فإن الطفل سيصل في النهاية إلىٰ تحمل وجود المثير الذي أدىٰ إلىٰ الخوف إلىٰ جانبه ودون ظهور استجابة الخوف، وحتىٰ أن الطفل قد يتمتع بقرب هذا المثير منه

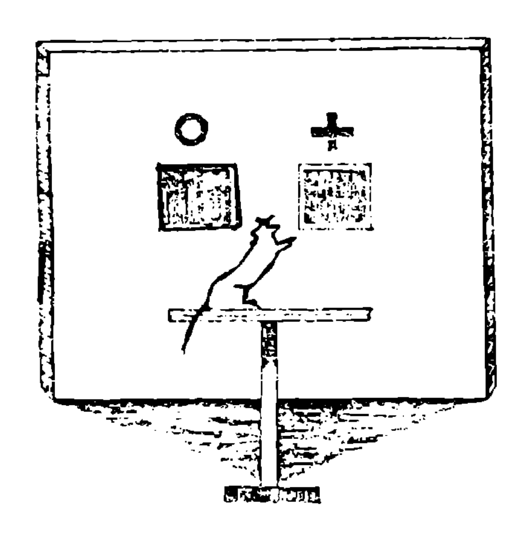
(ويكون بالتالي إشارة إلىٰ وجود الطعام أول الحلوىٰ)، وقد استخدمت جونز نوعان من الاستجابات المضادة لإستجابة الخوف، إستجابة إيجابية وهي إثارة استجابة الخوف بوجود الطعام، واستجابة سلبية عندما يحدث المثير لوحده دون إقترانه بالطعام أو الحلوىٰ، ويلاحظ في هذه الإجراءات ضرورة تقديم المثير قليلاً فقليلاً وحتىٰ تبقىٰ إستجابة السرور بتناول الطعام أقوىٰ من إستجابة الخوف أو القلق التي يثيرها الفأر علىٰ مسافة معينة، وعلىٰ اعتبار أن استجابة الشعور بالراحة والسرور عند الطفل تعتبر معارضة لاستجابة القلق والخوف عنده.

وبعد جونز جاء مجموعة من العلماء أمثال جوزف ولب (J. Wolpe)، ومسرمان (Masserman)، وغيرهم أكّدوا علىٰ أهمية طرائق جونز في علاج المخاوف المرضية (الفوبيا)، هذه الطرائق التي أصبحت فيما بعد أساساً للعلاج السلوكي، إلّا أنه في سنوات ما بعد الحرب بدأت الدراسات في هذا المجال تشق طريقها بسرعة وتؤكد علىٰ أهمية طرق جونز وواطسون، ومن هذه الدراسات التي استهدفت التأكد من صحة الدراسات السابقة التي قام بها كل من جونز وواطسون «حول العصاب التجريبي» دراسة جيرسلد (Jersild)، وهولمس (Holmes) (١٩٣٥) التي تركزت حول معرفة الوسائل الوالدية في مواجهة مخاوف أولادهم، وبصورة عامة إن الملاحظات الأخيرة التي اعتمدت علىٰ وسيلة العقوبة (تعزيز سلبي)، وعلىٰ إعادة تكرار عرض المثير بصورة تدريجية قد تكون (بالنسبة لبعض الحالات) غير ناجحة في تخفيف قلق ومخاوف الطفل، والدراسات المتقدمة إهتمت بدراسة الشروط التي تساعد علىٰ معرفة نوع الإستجابات النفسية المضادة (لإستجابة القلق والخوف) والتي تشير إلىٰ ما يسمىٰ بالعصاب التجريبي (Experimental neuroses)، إن مثل هذه الدراسات كان قد أشار إليها العالم الروسي بافلوف وتلامذته عام (١٩٢٧)، وذلك عندما حاول بافلوف تدريب أحد كلابه المجرّب عليهم من أجل التمييز بين شكلين أحدهما دائرة والثاني شكل بيضاوي ويشير إلى وجود الطعام (بينما الشكل الأول كان يشير إلىٰ وجود

صدمة كهربائية) ويقوم المجرّب بإجراء تعديل تدريجي في الشكل البيضوي (القطع الناقص) وحتىٰ يقترب من شكل الدائرة، وإلىٰ أن أصبح الكلب لا يستطيع التمييز بين أيٍّ من الشكلين هو الذي يؤدي إلىٰ الطعام (وأيٍّ من الشكلين يؤدي إلى الصدمة)، وعندما مرَّ الكلب بفترة (طويلة) لا يستطيع فيها التمييز بين الشكلين المرئيين (المثيرين) ظهر عليه نوع من الهياج والتعب مع محاولة العض والعواء. . .، وهكذا نمت إستجابة الخوف لدىٰ الكلب الذي أصبح يعاني من حالة عصابية، بينما كان الطعام في السابق يؤدي إلىٰ نتائج ناجحة.

نفس التجارب أجريت من قبل العالم ليدل (Liddel) عام (١٩٤٤)، وفي هذه التجارب إستخدم ليدل (الخروف) كموضوع لتجربته، حيث كان هذا الحيوان مرغماً علىٰ التمييز بين إشارتين أو فترتين إحداها يصاحبه صدمة كهربائية، والأخرىٰ لا يصاحبها ذلك، وقد لاحظ العالم ليدل بأن الحيوان يقع أحياناً في حالة صراع انفعالي قوي عندما لم يستطيع أن يميّز بين الإشارتين اللتين تؤديان إمّا إلىٰ الصدمة (العقوبة) أو إلىٰ الراحة، ولاحظ ليدل أن هذا الإنفعال العصابي هو من النوع القوي المستمر. وحتىٰ بعد أشهر من خروج الحيوان من المختبر، كما لاحظ أنه مجرد عودة الحيوان إلىٰ الوضع الذي كان عليه في المختبر كان يؤدي به إلىٰ حالة عصابية، أمّا عندما يخرج خارج المخبر فإن الحيوان كان يعود إلىٰ سلوكه الطبيعي.

وبعد عدة سنوات (١٩٤٩) قام العالم مير (Maier) بعدة دراسات، وكان الفأر الأبيض موضوع تجربته، وفي مثل هذه الدراسات كان الحيوان مرغماً علىٰ أن يتخطىٰ من علىٰ قائمة مرتفعة من أجل أن يدخل من بابين (أو ممرين)، وبحيث إذا قام الفأر بالسلوك الصحيح فإن الباب يدار ويفتح أمامه، ويمكن للفأر أن يدخل دون أن يتعرض إلىٰ أي أذىٰ، وإذا اختار الفأر الطريق الخطأ فإنه سيتعرض إلىٰ مضايقة وألم مع إغلاق محكم للباب أمامه، وسقوط من عدة أقدام داخل شبكة، وإذا حاول الفأر المقاومة فإنه سيسقط بواسطة صدمة كهربائية، والنتيجة كانت انهيار الحيوان وإثارته بشدة. انظر الشكل رقم (٣).



الشكل رقم (٣)

وكنوع من الحذر كان الباحث يضع الحيوان في أوضاع مختلفة على القائمة «تشكيل سلوك الحيوان»، والسؤال الذي يطرح الآن هو معرفة فيما إذا كانت كل من إستجابات الكلب، أو الخروف، أو الفأر الأبيض تشبه لحد ما العصاب المرضى أو الإضطراب النفسي لدىٰ الإنسان؟

لا شك أن هناك فروقاً في ذلك، ولكن علىٰ الأقل يبدو أن هناك ما هو مشترك بين الإنسان والحيوان وهو وجود الصراع وحالات الإضطراب العاطفي، وأن هناك شيئاً قد أكتسب في مثل هذه التجارب، والواقع أنه حتىٰ الآن لا يوجد في هذه الدراسات تركيزاً واضحاً علىٰ الشروط التي تؤدي إلىٰ إعادة أو صيانة السلوك السوي، لقد قام ماسرمان عام (١٩٤٣) بإيجاد عصاب لدىٰ القطط مستخدماً في ذلك الطرق القديمة، واستطاع أن يوجد بعض الطرق المشابهة لطريقة الإشراط المباشر الذي وجدناها عند جونز والتي طبقتها علىٰ السلوك البشري، لقد حاول ماسرمان في البدء وضع القطط في أقفاص وتدريبها علىٰ أن ترفع عتلة تؤدي إلىٰ صوت جرس متبوعاً بحضور الطعام الذي يسقط بداخل القفص، وبعد أن يتدرب القط علىٰ ذلك، فإنه

سيتعرض بعد ذلك إلىٰ عصفة هواء قوية (نفحة هواء) ومفاجئة وذلك في اللحظة التي يتناول فيها الحيوان الطعام، وهذا ما كان يؤدي إلىٰ إستجابات قوية من الخوف والقلق، وكانت النتيجة أن رفض القط تناول الطعام، حتىٰ في حالات الجوع الشديدة، وأن درجة القلق والخوف إستطاعت أن توقف إشباع الحاجة إلىٰ الطعام، وبعد ذلك قام العالم (ما سرمان) بإجرائين هما إرغام القط علىٰ الإقتراب من تناول الطعام في الوقت الذي هو يتجنبه، وتمكّن ما سرمان من إيجاد عدد من الحالات الوجدانية المضادة للقلق والخوف، وقد اعتمد في ذلك علىٰ وسيلة الملاحظة وتمرير اليد علىٰ شعر الحيوان (Stroking) والربت علىٰ الكتف (Patting) للحيوان، وإطعام الحيوان باليد، وتدريجياً تمكنت القطط المجرّب عليها من تناول الطعام داخل القفص الذي كانوا يتعرضون فيه إلىٰ العصفة القويّة من الهواء، ويلاحظ أن عملية إعادة تدريب القطط علىٰ تناول الطعام ثانية كان يتم بكل عناية وبطء، وإلا فإن الحيوان سيعود إلىٰ حالة من عدم التوازن أو الإستقرار الإنفعالي والخوف ثانية، وهكذا فإن المبدأين التاليين:

١ ـ العمل التدريجي البطيء (قليلاً فقليلاً) (Little by little).

٢ ـ مبدأ الحالة الوجدانية المضادة (The Counteractive State.

يبدو أنهما يؤديان إلى نفس النتائج التي وجدت في الدراسات الباكرة.

إن أرضية البحث الآن تعتمد علىٰ التجارب التي أجراها العالم جوزيف وولب والتي تمكّن من خلالها أن يضيف جزءاً مقوِّماً هاماً للدراسات السلوكية.

إن دراسات العالم جوزيف وولب (J. Wolpe) عام (١٩٥٨) حول العصاب التجريبي كان لها أهميتها، فبينما الدراسات السابقة إفترضت وجود الصراع كشرط أساسي فإن وولب يعتبر أنَّ إعادة أو تكرار المثير المؤذي (الذي يؤدي إلىٰ الألم) ـ عصفة الهواء ـ لوحده يمكن أن يؤدي إلىٰ نتيجة متعادلة مع النتيجة السابقة، وطريقة وولب تعتمد علىٰ وضع القطط في قفص

خاص، وبحيث تتعرض القطّة أولاً إلىٰ إشارة إنـذار أو تنبيه يليهـا صدمـة كهربائية قوية، وهذا ما يؤدي إلىٰ حدوث استجابات إنفعالية توقعية شديدة كالإرتعاش، والمواء، والعض، والقلق، والإضطراب، (وهذه الاستجابـات تظهر مجرد تعرض الحيوان إلىٰ إشارة الإنذار التي تسبق الصدمة والتي تشير إلىٰ قدوم الصدمة الكهربائية). وقد وجد وولب أن هذه الإستجابات الإنفعالية تحدث كلّما كان الحيوان داخل القفص، وكان القطط يرفضون الطعام داخل القفص، وحتىٰ لو إمتد بهم الحرمان لعدة أيام، واكتشف وولب (تماماً مثل مسرمان) أنه علىٰ الرغم من عدم توجيه صدمة كهربائية للقطط فإنهم رفضوا تناول الطعام، وإن أية محاولة جديدة داخل القفص لا تفيد شيئاً، وبدا أن هـذا الـوضـع الـذي تمَّ فيـه تعلم الخـوف قـد اكتسب شيئـاً من الثبـات والإستمرار، ومهما يكن من أمر فإن تقدماً ملحوظاً قد حصل نتيجة لما جاء به مسرمـان باستخـدام الطعـام وتمريـر اليد علىٰ شعـر الحيوان ومـا شابـه ذلك. . . وكوسيلة مضادة لإستجابة القلق والخوف لدىٰ الحيوان، وبطريقة تدريجية كان فيها يقدّم الطعام للحيوان في غرفة خارج غرفة المختبر، حيث يكون مستوىٰ القلق والإنفعـال ضعيفاً لـدرجة تسـاعد الحيـوان علىٰ تناول الطعام، وتدريجياً فإن الحيوان سيتناول الطعام علىٰ مسافات أقرب فأقرب من القفص (الأصلي الذي تعرض فيه للصدمة)، وهكذا حتىٰ يستطيع الحيوان من تناول الطعام ثانية داخل القفص الأصلي، وقد أشار• العالم وولب إلىٰ هذه الطريقة تحت إسم التضاد المتبادل (Reciprocal antagonism) هذا التضاد المـوجود بين عمليـة الإطعام (والشعـور بـالشبـع والـراحـة) وعمليـة القلق والخوف، حيث كان القلق عالياً داخل القفص (الأصلي) وتمكّن القلق من كف عملية تناول الطعام، بينما كان القط يتناول الطعام خارج القفص وبعيداً عنه لأن القلق كان ضعيفاً، وإن عملية تناول الحيوان للطعام أدىٰ إلىٰ كف (Inhibition) حالة القلق إذن:

الحيوان داخل القفص الأصلي ← حالة قلق ← كف عمل الطعام

الحيوان بعيداً عن القفص ← ضعف القلق ← تناول الطعام ← كف حالة القلق

وتمكّن وولب إكتشاف أكثر من إستجابة مضادة لحالة القلق غير استجابة الطعام، وذلك بإعتماده علىٰ مبدأ الإستجابة الأقوىٰ «قوة الإستجابة»، وهذه الدلائل قادت وولب إلىٰ أن يتبنىٰ مبدأه العام المسمىٰ بمبدأ الكف بالنقيض أو الكف المتبادل (Reciprocal inhibition)، هذا المبدأ الذي يقرر بأن القلق يمكن أن يستثار عن طريق وجود إشارات معينة (Cues) أو عن طريق وجود مثير ما، كما أنه بالإمكان إيجاد بعض أشكال السلوك التي لا تنسجم أو تتعارض مع استجابة القلق والخوف، والتي لم تكن موجودة سابقاً، وبالتالي فإنه إذا إستطعنا إيجاد وسيلة دقيقة من أجل الحصول علىٰ إستجابات عادية وصحيحة تحدث في حضور المثير أو الإشارات المقلقة والمخيفة، فإن الارتباط بين هذه المثيرات وبين استجابة القلق سيضعف، وحسب وجهة النظر هذه فإن مهمة الباحث مواجهة العلاقة أو الارتباط القائم بين إشارات معينة (كالإرتفاع، الإزدحام، الطرقات، القفص، طرقات ضيّقة. . .) وبين القلق الذي ستؤدي إليه هذه الإشارات، ويمكن تحقيق ذلك بدقة عن طريق إيجاد حالة أو استجابة مضادة لحالة القلق، حيث يتم الارتباط بين المثير القديم والإستجابة المضادة للقلق، وبالنسبة للعالم وولب فإن عملية الإطعام يمكن أن تكون إستجابة ناجحة مضادة للقلق، وكذلك الإسترخاء العضلي، وهناك استجابات أخرىٰ مثلاً:

مثير ← حالة قلق وخوف

- **حالة القلق والخوف تتعارض = مع حالة الإسترخاء**
- **إستجابة الإسترخاء أقوىٰ من إستجابة القلق والخوف.**
- **إذن إستجابة الإسترخاء لديها قدرة علىٰ كف استجابة الخوف.**
- **تقديم المثير تدريجياً يؤدي إلى الإسترخاء وليس إلىٰ الخوف.**

من ناحية أخرىٰ يرىٰ العلماء بأن شدّة القلق التي نحاول إخمادها أو كفّها لها إرتباط بالحالة العضوية البيولوجية وبحالة التوتر، وفي الواقع يكون من الصعب إن لم يكن من المستحيل كف إستجابة القلق التي لها أصل

بيولوجي، ولهذا قد يكون من غير المفيد أو المستحسن محاولة إيجاد حالة إسترخاء أو إيجاد حالة تناول الطعام أو إيجاد أيِّ وسيلة أخرىٰ من أجل معارضة القلق والخوف (الصادر عن المثير الأصلي)، وهذا طبعاً ما دفع بالعلماء إلىٰ ضرورة إيجاد حل يتمثل في تقديم المثير للخوف تدريجياً من الأضعف وحتىٰ الشكل العادي الأقوىٰ (عن طريق عملية تسمىٰ بناء مدرج القلق). وبحيث يقوم الباحث في كل مرّة بعملية كف للقلق الضعيف، فلو فرضنا أن شدّة القلق كانت (١٠٠) وحدة، وكانت شدّة إستجابة تناول الطعام (أو الاسترخاء) (١٥) وحدة، فإن استجابة القلق هي الأقوىٰ من تناول الطعام لهذا لا يمكن كف هذا القلق، ولكن يمكن الوصول إلىٰ الهدف بصورة تدريجية، وعلىٰ مراحل حيث تتضمن كل خطوة، أو كل مرحلة (١٠) وحدات فقط من القلق، وهكذا تستطيع إستجابة تناول الطعام أن تكف هذه الدرجة من القلق، وفي هذه الحالة تكون قوة إستجابة الطعام مثلاً (١٥) وحده أقوىٰ من إستجابة القلق التي قوتها (١٠) وحدة، وبعد ذلك يتم الإنتقال إلىٰ درجة أكثر قوة للمثير، أي نتقدم (١٠) وحدات أخرىٰ، وهكذا تدريجياً حتىٰ نهاية (١٠٠) وحدة، وقد يقول البعض أنَّ مثل هذه الحسابات إعتباطية، ولكن في الواقع إنها علىٰ الأقل تفيد في شرح هذا الشكل من العلاج السلوكي ومن أجل إنجاح هذه الطريقة في العلاج، إنَّ مبدأ جوزيف وولب حول الكف المتبادل يشكل الأساس لما يعرف الآن بالتحصين أو التبليد المنظّم (Systematicdesensitization)، هذا التكنيك من العلاج السلوكي الذي يفيد في علاج الأعراض السلوكية التي تصاحبها حالات القلق والمخاوف. وحسب ما جاء لدىٰ العالم الروسي (بافلوف) فإن جزء من السلوك المتعلق بالمثير والإستجابة بالرغم من تعزيزه (أي الإستجابة سيلان لعاب الكلب) بواسطة المكافأة (الطعام) وبشكل مستمر، فإن هناك دلائل على ضعف حدوث هذا الجزء من السلوك (الإستجابة) وذلك نتيجة لتكرار نفس السلوك عدد من المرات في سرعة عالية، وبحيث يصبح هذا السلوك متعباً ومملاً، فيضعف تدريجياً (بسبب تعب الإستجابة التي تتعرض لعملية إنطفاء). وبصورة عامة فإن ويكهام (Wakeham) عام (١٩٢٨) قام بعملية

علاج إستخدم فيها هذه الطريقة بهدف التقليل من حدوث السلوك الشاذ أو المضطرب، وقد قام ويكهام عند حدوث السلوك الشاذ أو الغير مستحب بإثارة هذا السلوك إلىٰ أن يتكرر عدة مرآت بانتظام وبدقة حتىٰ يزول هذا السلوك، وكان يقوم بهذه العملية عدة سرات، وبعد أسبوعين كان يجد أن عدداً من الأخطاء السلوكية كانت تزول، وقد أطلق العالم دانلاب (Dunlap) على هذه الطريقة بالممارسة السلبية (Negative Practice)، وقد استخدم دانلاب هذه الطريقة بين عامي (١٩٢٨ ـ ١٩٣٢)، وقد وضع شرحاً مفصلاً لهذه الطريقة، وحاول إستخدامها من أجل إزالة أنواع عديدة من الإضطرابات السلوكية بما في ذلك التلعثم في الكلام، ومص الأصبع، والجنسية المثلية، وقد إعتبر بعض العلماء إن هذه الطريقة ملائمة لإزالة الصعوبات أو الإضطرابات الحركية (Motor defficulties) مثل الإضطرابات التي لها طابع تكراري آلي، وقد قدّم لنا دانلوب ثلاث إيضاحات بالنسبة لنتائج طريقة الممارسة السلبية علىٰ شكل فرضيات أسماها بألفا، وبيتا، وغاما، (Alpha - Beta - Gamma)، وعلى كل حال فإن هذه الطريقة تعتمد في جوهرها علىٰ العملية العلاجية السلوكية التي هي الكف أو التثبيط (Inhibiticn)، وهذه الفكرة مستقاة في الواقع من أعمال العالم كلارك هل (Clark Hull) (١٩٤٣) التي إنتهىٰ منها إلىٰ أنّ أيّ عملية إلحاح مستمرة علىٰ تكرار السلوك (الذي أصبح عادة) تؤدي إلىٰ خفض في قوة الدافع، الذي يكمن وراء ممارسة هذا السلوك، وهكذا فإن عادة معيّنة يمكنها أن تثبت وأن تكتسب لأنها تؤدي إلىٰ خفض قوة الدافع، وليكن مثلاً «دافع الطعام» ولأن ذلك يؤدي إلى خفض التوتر (بسبب عامل الجوع)، كما أن عملية التكرار تنقل العضوية من حالة السرور والمكافأة إلىٰ حالة الكراهية والنفور والتعب، وفي هذه الحالة فإن الإرتباط بين الفعل وبين الدافع «أو الحاجة» تكون قد تغيرت، حيث أن وقف الإستمرار بالفاعلية أصبح يؤدي إلىٰ التخلص من التعب والنفور وبالتالي خفض الدافع، ويمكن أن يتوضح ذلك بصورة أفضل عن طريق تجارب العالم يتس (Yates) (١٩٥٨) الذي قام بمعالجة إمرأة صغيرة في عمرها مصابة بخَلَجات عصبية متعدة (لازمات عصبية) (Multiple tics)، لقد بدأ يتس

علاجه بإفتراض أن هذه الخَلَجات العصبية وهذا النوع من الحركات يتكرر بإلحاح لأنه يحقق نجاحاً جزئياً في خفض قلق موجود نتيجة دافع معيّن، وقد صرحت المرأة بأن حالتها نشأت عندما كانت في عمر الخامسة عشر، وساءت حالتها، وبدىٰ عليها الرعب والخوف من عملية التحذير، وكانت تشعر بالإختناق، وباضطراب شديد من أجل التخلص من حالتها، وأن هذه الحركات والإضطرابات الشديدة كانت تخفف عنها آلامها، وقد ظهرت علىٰ شكل خلجات، وقد استخدم يتس في علاجها جلسات مطوّلة، محاولاً في بادىء الأمر أن يجعل المريضة تسيطر علىٰ خلجاتها وتضبطها بشكل إرادي، حيث أن هذه الخلجات من طبيعتها أن تحدث بشكل لا إرادي، ومن الصعب ضبطها أو التحكم فيها، والمرحلة الأولىٰ من العلاج كانت تتركز علىٰ جعل المريضة تكرر الخلجات بصورة إرادية وذلك مرتين في اليوم الواحد، وفي نهاية هذه الجلسات وصلت الحالة بالمريضة إلىٰ أن أصبحت غير قادرة علىٰ إحداث خلجة واحدة. ولوحظ أن حالة جديدة من الكف قد أُحدِثَتْ، وأن حالة جديدة من الدافع القوي التي أوقفت الخلجات قد وجدت، وهذه الحالة الدافعية (للتخلص من تكرار الخلجات) ستضعف تدريجياً عن طريق إعطاء الراحة للمريض من جراء تكرار المحاولات.

تكرار الخلجات بشكل إرادي وملح	←	**إلىٰ الشعور بالنفور والتعب**
عدم حدوث الخلجات	←	**إلىٰ خفض الدافع والشعور بالراحة.**

وحسب نظرية العالم هل، فإن ذلك سيقود إلىٰ تكوين عادة قوية أو ميل إلىٰ عدم إجراء الخلجات (Not ticing)، وهنا نلاحظ أن عملية العلاج قد تمّت تدريجياً وعن طريق عملية تصادم (أو تعارض) بين حدوث هذه الخلجات بشكل لا إرادي، وتكرار هذه الخلجات بشكل إرادي متعب، ويبدو مع ذلك أن الشكل العام لهذه الطريقة غير مشجعة وخاصة في المرحلة التي أخذت فيها هذه المرأة ما يقارب من (٣١٥) جلسة مكثفة من ممارسة

الخلجات (Tic practice)، كما أنَّ المريضة لم تتخلص من جميع الخلجات العصبية التي تعاني منها، ولوحظ أن بعض الخلجات اللاإرادية قد حققت تحسناً (أي أمكن السيطرة عليها)، كما أن هناك خلجات أخرىٰ لم تتحسّن كثيراً أو أنها لم تتغير عن طريق العلاج.

وقد تابع جونز (Jones) عام (١٩٦٠) محاولة علاج هذه المرأة، واستطاع أن يحقق نجاحاً جديداً في خفض مرات تكرار الخلجات اللاإرادية، وبدا له أنَّ من الضروري متابعة العلاج في مرحلة تالية حيث يمكن للمريضة أن تحقق تقدماً ملموساً، وبعد ذلك ركّز اهتمامه علىٰ النتائج، كما أنه أراد أن يستوضح عن بعض الإهتمامات، والمشاكل النظرية والعملية المحيّرة، وقد تساءل حول: لماذا بعض هذه الخلجات قد تحسنت في هذه الطريقة من العلاج والبعض الآخر منها لم يتحسن ولم يستجب لطريقة العلاج؟ ومن ناحية أخرىٰ لماذا يحصل بعض التقدم والنجاح في مرحلة ما قبل أن يُتم المعالج علاجه؟

إن هذه المقدمات مهدّت إلىٰ الانتقال إلىٰ طريقة أخرىٰ في العلاج السلوكي هي طريقة العلاج بالكراهية أو النفور (Aversion Therapy) أو (Aversion conditioning)، فبينما كانت العقوبة أو التهديد تلعب دوراً مميزاً في تاريخ البشرية وكوسيلة مؤثرة في السلوك، فإن علماء النفس قد اهتموا بذلك عندما أرادوا تغيير السلوك أو تعديله بهذه الطريقة، وعلىٰ سبيل المثال نجد في تجارب بافلوف أن الصدمة الكهربائية كانت تؤدي بالحيوان إلىٰ رفع قدمه أو بروز براثنه، وقد أمكن إشراط عملية رفع قدم الحيوان إلىٰ مثير آخر كالجرس مثلاً.

ـ صدمة كهربائية	←	رفع قدم الحيوان
ـ صوت جرس + صدمة كهربائية	←	رفع قدم الحيوان
ـ صوت الجرس مؤشر علىٰ قدوم الصدمة الكهربائية		
ـ صوت الجرس	←	رفع قدم الحيوان

إن مثل هذه العمليات والمفاهيم تبدو أنها نظرية وغير عملية من حيث إجراء الصدمة، أو إحداث العقوبة، ومما لا شك فيه أن العقوبة لها تأثير قوي علىٰ عمل ما، ليست هي بالذات بل بما تحمله من كراهية ونفور من عمل ما، ويمكن القول أنه حتىٰ الآن لم يقم العلماء بمحاولات جديدة حول استخدام أسلوب الكراهية في علاج السلوك الشاذ، هذا وقد استخدم هذه الطريقة العالم شلوزبرجز (Schlosbergs) (١٩٣٤) الذي حاول المقارنة بين أثر النجاة من الصدمة مع عدم النجاة منها، وفي تجربته قام بتوجيه صدمة كهربائية إلىٰ ذيل مجموعة من الفئران البيضاء، وقد صممت التجربة بحيث يمكن لأفراد المجموعة الأولىٰ من الفئران أن تتفادىٰ الصدمة عن طريق سحب ذيلها، أمّا أفراد المجموعة الثانية من الفئران فإنها لا تستطيع سحب ذيلها بالرغم من توجيه الصدمة إليها، وبعد مقارنة النتائج في عام (١٩٣٦) إستنتج شلوزبرجز أن عملية التعلم كانت أسرع عندما لم يستطع الحيوان تفادي الصدمة، إلاّ أنه بدا أن التعلم يكون أكثر ديمومة واستمراراً في الحالات التي يستطيع فيها الحيوان تفادي الصدمة، ومن ناحية أخرىٰ فإن العالم بروجدن (Brogden) وتلامذته عام (١٩٣٨) انتهوا إلىٰ نتائج جيدة في عملية التدريب التجنبي (تجنب الصدمة أو العقوبة) لدىٰ الخنازير الهندية (guinea pigs) وذلك من حيث سرعة التعلم واستمراريته، وقد فسّر لنا كل من سولومون (Solomon) وبرش (Brush) عام (١٩٥٦) حدوث التعلم الأسرع في حالة عدم القدرة علىٰ تفادي الصدمة بأن العقوبة الناتجة عن عدم تفادي الصدمة تؤدي إلىٰ حالة قلق وهيجان شديدة، واستناداً إلىٰ هذه النتيجة يمكن القول بإمكانية إستخدام طريقة التدريب الكاره في علاج الحالات، كما في حالة الإدمان (Addiction)، ومن الواضح أن هذا التكنيك الذي يستخدم طريقة الدوافع السلبية مثل (العقوبات) يمكنه أن ينجح في تحقيق شيء من الأثر في مجال التطبيق العملي، وخاصة في مجال التشخيص، وهذا ما فعله أبتون (upton) (١٩٢٩)، وألدرش (Aldrich) (١٩٢٨) حيث ناقشا النتائج المفيدة لهذه الطريقة في حالة إستخدامها علىٰ ما يسمىٰ بالعتبات الحسيّة (Sensory thresholds)، وتتضمن طريقة العلاج التأثير علىٰ جزء من السلوك

عن طريق منبه مؤلم مرتبط مع منبّه آخر، وبحيث يصبح بإمكان هذا المنبّه الآخر أن يستجر السلوك، وكمثال علىٰ ذلك فإن (ألدرش) يذكر بأنه يمكن اختبار قدرة الأطفال علىٰ السمع (من حيث شدته) بهذه الطريقة وفي مثل هذه الحالة يكون المنبّه السمعي (صوت) مشروطاً إلىٰ بعض الإستجابات السلوكية (كما في تجربة بافلوف عندما أصبح سماع الكلب لصوت الجرس ذو الذبذبات المعينة يؤدي إلىٰ سيلان لعاب الكلب)، وإذا لم يحدث أيّ إرتباط (بين المنبه السمعي والسلوك) فمن الطبع أن يكون الطفل مصاباً بالصمم الكلّي أو الجزئي، أو أنّ عملية الإشراط لم تحدث لسبب آخر.

إن هذه المحاولات الأولىٰ بالنسبة للعلاجْ بالكراهية إرتبطت بعلاج حالات الإدمان، وهذه الطرائق لم تتغير منذ عام (١٩٢٠) وحتىٰ وقتنا الحاضر، علىٰ الرغم مما أشار إليه فرانك (Franks) عام (١٩٦٠) من حيث الصعوبات التي تواجه تنفيذ مثل هذه الطرائق في مجال علاج الإدمان عن طريق الإشراط، فالبعض يرىٰ بأن الكحول يجب أن يقدم فقط بعد إحداث حالة النفور والألم، أي أن يقدّم بعد أن يصاب المريض بحالة الغثيان (Nauseated)، ويبدو أن هذا الإجراء مناقضاً لما يجب أن يجريٰ، وأن الكحول يجب أن يسبق حالة الإعياء والغثيان بفترة قصيرة حيث يمر المريض بفترة عصبية مؤلمة، وفي عام (١٩٣٥) أشار العالم ماكس (Max) إلىٰ تطبيق الصدمة الكهربائية أثناء حدوث حالة الوسواس (Obsessional object)، أو في حالات الإنحرافات الجنسية (Sexually deviant).

وفي فترة بعد الحرب بدأ الاهتمام بالعلاج السلوكي بصورة جدّية، حيث كانت هناك حاجة للعلاج، وقد تركّز هذا الاهتمام حول النقاط التالية:

١ - الإهتمام بموضوع التعلم الذي كان وما يزال موضع اهتمام الدارسين، وقد تركزت معظم المحاولات التي قام بها العلماء علىٰ الإطار النظري للتعلم.

٢ - الإهتمام بالتجريب، حيث أن معظم التأكيدات (أو النتائج) كانت وما زالت نتيجة لدراسات نظرية، وهذا ما يتعارض أحياناً مع التأكيدات

المستمدة من الدراسات التجريبية التي تعتبر نموذجاً أفضل لدراسة السلوك البشري، ومع ضرورة التطبيق علىٰ السلوك الإنساني، لهذا يمكننا القول بأن الحقائق والنظريات التي توصل إليها الدارسون ما زالت قاصرة عن إعطائنا التفسير المناسب عن لماذا يتصرف (أو يسلك) الإنسان كما نشاهده في الواقع، ويمكننا من خلال نظريات التعلم أن نتحرّىٰ ثلاثة أشكال من العلاج النفسي مشتقة من هذه النظريات وهي العلاج بواسطة الكف المتبادل (أو الكف بالنقيض)، والعلاج بالممارسة السلبية، والعلاج بواسطة الإشراط التكريهي أو المنفّر.

٣ ـ وهناك نتيجة ثالثة محتملة وهي أنه لا واحدة من أشكال العلاج السابقة تبدوا أنها مدينة أكثر من غيرها في تطور هذا الدراسات، أو أنه مكن اعتبارها مصدراً أساسياً في تطور العلاج السلوكي، وعلىٰ سبيل المثال ما ترتب علىٰ إستخدام مصطلح الإشراط (Conditioning) من نتائج مختلفة، بدءاً من أول تقرير قدّم في هذا المجال من قبل جونز عام (١٩٢٤) حول طريقة الكف بالنقيض، ولم يظهر في هذا التقرير أيّة جذور عميقة مستمدّة من النظرية البافلوفية (Pavlovian Theory) في مجال التجريب.

ويمكن أن يقال ذلك بالنسبة لباقي الإتجاهات العلاجية التي يبدو أنها تقبل الإعتماد علىٰ النتائج النظرية الناجحة (أو المُرْضية)، أكثر من الاعتماد على توجيه الانتباه وبشكل دقيق إلىٰ الوجود العضوي من الناحية النظرية والواقعية، أخيراً يمكننا أن نستنتج بأنه من المحتمل بأن هذه الدراسات الرائدة حول العلاج، والتي تعتبر بمثابة المادة الخام الغير مصقولة للبحث، والنتائج الإيجابية التي تمَّ الحصول عليها، هي ضرورية، ويمكن إعتبارها أرضية نما من خلالها العلاج السلوكي وخاصة في سنوات ما بعد الحرب، مما أدىٰ إلىٰ حدوث ثورة (فكرية) عدّلت من تفكير الباحثين في مجال الإضطرابات النفسية.

الفصل الثالث
تمهيدات للعلاج

Preliminaries to treatment

الفصل الثالث
تمهيدات للعلاج
«Preliminaries to treatment»

إننـا نلاحظ السيـدة (R) تستلقي على كرسيّهـا المريـح إلىٰ الوراء، وبجانبها مسجلّة تسمع من خلالها قطعة من الموسيقىٰ المفضلة لديها، وعلىٰ مسافة ثلاثة أقدام من الكرسي وضعت جرّة من الزجاج (a glass jar) تحتوي علىٰ شكل حي لبيت انكليزي للعنكبوت، وقد كان هذا المشهد هو أحد عدة مشاهد تنتظم كلها في عملية علاج للسيـدة (R) من الخوف المـرضي من العنكبوت، ويبدو أن هذا الحيوان هو ذو منشأ صدمي يرجع إلىٰ عدة أحداث متسلسلة خبرتها السيدة (R) عندما كانت فتاة صغيرة، في الوقت الذي كان فيه والدها ينفق معظم وقته في الخارج، وصادف مرّة أنه كان عائداً من سفره إلىٰ المنزل، وبعد تبادل التحيات المعتادة ـ مع أفراد أسرته ـ بدأ إجراءات فك حقائبه داخل غرفة الجلوس حيث يجتمع أعضاء الأسرة ومن أجل توزيع الهدايا، وفجأة خرج من بين الأمتعة، وبشكل غير متوقع عنكبوت من النوع الإستـوائي الحجم، الكبير، النشط، وسـادت حـالـة من الـذعـر، وفشلت المحاولات في قتل هذا المخلوق، الذي هرب دون أن يكون هنـاك أمل برؤيته ثانية.

إن معاناة هـذه السيدة لهـذه التجربـة المخيفة ـ في صغـرها ـ وكمـا شاهدتها كان له وقع شديد علىٰ نفسها، وبدأت من جراء ذلك تعاني من قلق يستمر من حين لآخر، وذلك بعد أن قام أهل البيت في البحث عمّا يعتقدون أنه سيعود ثانية، وقد يؤدي ذلك إلى عضّة مميتة (a Lethal bite)، وبدا أيضاً

أن حالة القلق التي أصابت هذه السيدة قد إزدادت في الواقع حدّة عوضاً من أن تتبدد مع مرور السنين، وأصبحت هذه السيدة تخاف من كل خبرة تتعلق بالعنكبوت، هذا بالرغم من أنّها لم تتعرض للأذىٰ، وبالرغم من أن هذا العنكبوت لم يكن مؤذياً في الواقع. وإلىٰ أن وصلت هذه السيدة في بعض الأحيان إلى حالة من العجز، وقد ترتب علىٰ ذلك بعض المشكلات التي لها قيمة إزعاجية لحد ما، مثل عدم قدرتها علىٰ الذهاب خارج المنزل، كما أنها أصبحت لا ترغب في الذهاب إلىٰ المعسكر (خلال العطلة الصيفية حيث كان ذلك مفضلاً لدىٰ زوجها)، وإن العديد من الأمور التي كانت في السابق تسير بشكل عادي أصبحت الآن (ومن وجهة نظرها) صعبة التحقيق، وحتىٰ الإجتماع مع الأهل في المنزل، ـ الذي يذكرها بحادثة العنكبوت ـ أصبح أمراً صعباً، وإن العديد من الأشياء من أثاث المنزل أصبح بإمكانها وبسهولة أن تستجر الخوف من العنكبوت الذي يتوقع أن يظهر في بيتها، وخاصة عند محاولة تحريك أو تنظيف هذه الأشياء.

يبدو لنا بأن معالجة مثل هذه المشكلة يعتبر بسيطاً للغاية، والواقع أن مثل هذا الاضطراب يمكن أن يكون أكثر سوءاً مما نتوقع، ويتكشف عن مجموعة من التعقيدات، ومن الطبيعي أن ما نحتاج إليه يتطلب منّا معرفة مفصلة لجذور المشكلة وكيف نمت، والوضع الراهن لهذه المشكلة، وأي شيء آخر له أو ليس له علاقة بالمشكلة، وعادة مثل هذه الحالات تتطلب الكشف عن أن حالة الخوف المرضي من العنكبوت منعزلة لحد ما، وغير مرتبطة بأية حالة شذوذ غير معروفة، ويمكن إتخاذ إجراءات علاجية تعتمد على مبدأ الكف بالنقبض، (Reciprocal inhibition)، ومن أجل تطبيق هذا المبدأ يجب توفر بعض المعلومات الأساسية حول مخاوف هذه الإمرأة تشتمل علىٰ ما يلي :

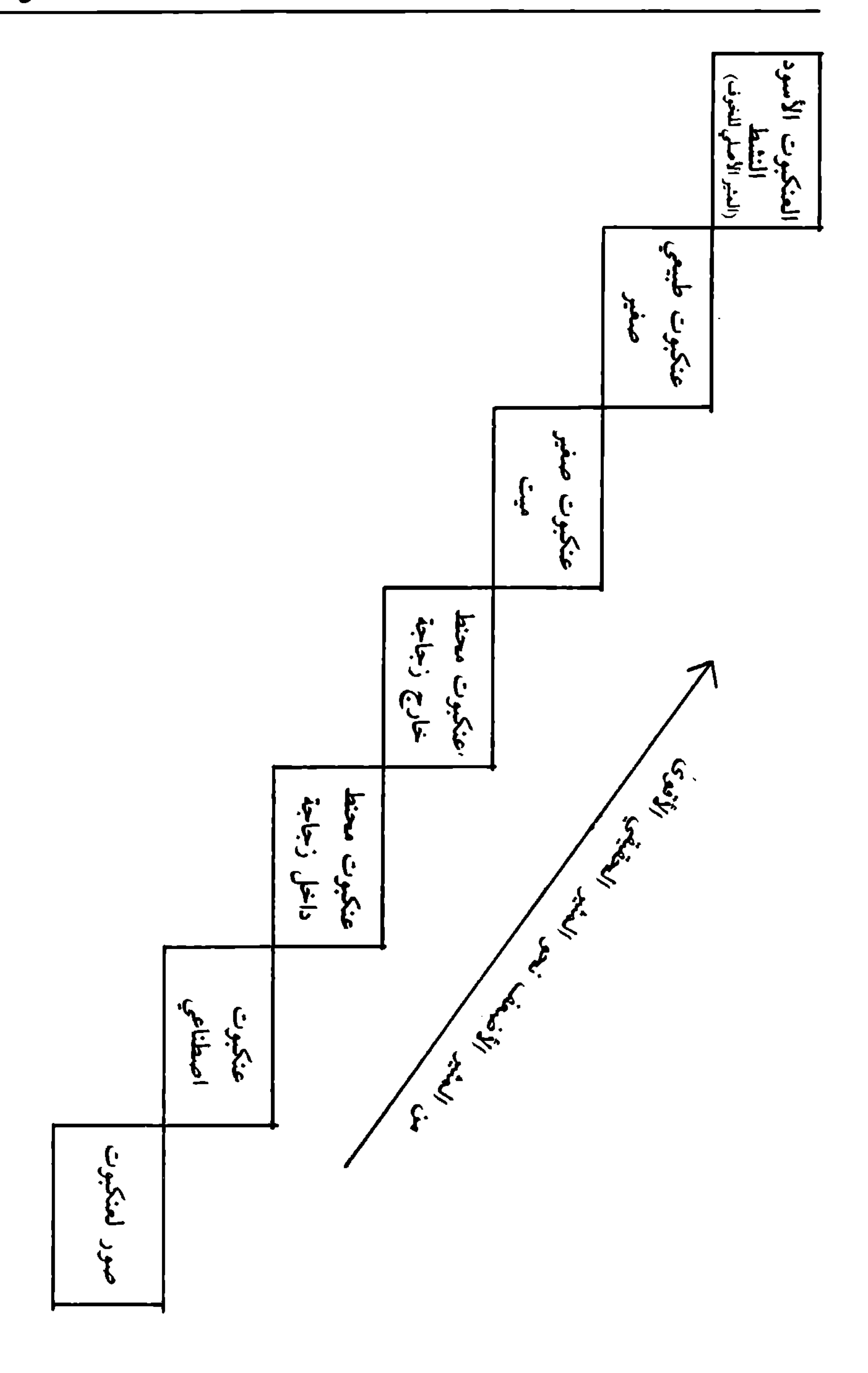
أولاً : الأمور التي تتعلق بالعناكب والتي يمكن إستخدامها، وتقديمها للمريض بشكل تدريجي خلال خطوات العلاج.

ثانياً : تحديد نوع الإستجابة المعارضة لحالة القلق، وكيف يمكن التوصل إليها.

إن كلاً من المعلومات السابقة يمكن تحقيقها من خلال خطة ذكية تتم بالتعاون مع هذه السيدة. والذي يحدث هو أن عنكبوت معيّن، له صفات معينة يمكن إعتبارها مخيفة أكثر من صفات أخرىٰ مثل صفات العنكبوت الأكثر سواداً، والذي يغطي جسمه شعراً (أو وبراً) كثيفاً، بالإضافة إلىٰ صفة الحجم، ودرجة الحركة والنشاط، وكذلك مدىٰ بعد أو قرب العنكبوت عن هذه المرأة، ومن الطبيعي أن العنكبوت الكبير، والأسود، وذو الأشعار، والنشيط جداً سيكون أكثر إخافة لهذه المرأة وأكثر تأثيراً في شخصيتها، ويؤدي إلىٰ حدوث خوف كبير لديها، بينما سيكون علىٰ العكس من ذلك بالنسبة للعنكبوت الصغير، والميت، وذو اللون الفاتح، والذي لا يكسوه الشعر، ويكون علىٰ مسافة عدة أقدام، فإن مثل هذا العنكبوت سيؤدي إلىٰ إثارة درجة ضعيفة من القلق، والمرأة قد تتخيل ذلك، ومن الواضح أنه يمكن عن طريق البحث الدقيق إيجاد عينة من العناكب تكون متدرجة أو مرتبة علىٰ شكل متدرج ومستمر، بدءاً من العنكبوت الأقل إخافة إلىٰ العنكبوت الأكثر إخافة[1].

---

(١) راجع كتاب علاج الأمراض النفسية للمترجم: دار العلم للملايين - بيروت (١٩٨٤).



العنكبوت الأسود النشط
(المثير الأصلي للخوف)
عنكبوت طبيعي صغير
عنكبوت صغير ميت
عنكبوت محنط خارج زجاجة
عنكبوت محنط داخل زجاجة
عنكبوت اصطناعي
صور لعنكبوت
من المثير الأضعف نحو المثير الحقيقي الأقوى

والمهمة الأولىٰ في هذا المجال تبدو من الناحية العملية علىٰ أنها سهلة وبسيطة إلّا أنها في الواقع تتطلب جهداً ووقتاً، ومن ناحية أخرىٰ يجب إختيار الإستجابة المضادة (لإستجابة الخوف) (The incompatible Response) بحيث تكون سهلة الآداء من قبل المريض[١]، مثل سماع المريض لقطعة موسيقية معينة تؤدي به إلىٰ مشاعر السرور والإسترخاء، تماماً كما هو الحال في وضع السيدة (R) التي تسمع قطعة موسيقية تأدي بها إلىٰ حالة من الإسترخاء وهدوء المزاج (Calm mood)، ويمكن للمعالج من أجل معرفة إلىٰ أي حد تتأثر هذه المريضة بسماعها لهذه المقطوعة الموسيقية أن يعمل على معرفة مشاعرها وما تؤدي إليه هذه المقطوعة من قمع أو إخماد (Supress) لقدر بسيط من حالة القلق التي تعاني منها.

والواقع أن حصيلة علاج هذه السيدة كانت ناجحة وبشكل تام، حيث تمّ إستخدام الموسيقىٰ كوسيلة من أجل كشف حالة القلق التي كانت تعاني منها بسبب العنكبوت، وقد تقدمت حالة هذه السيدة بسرعة. إلى أن تمكنت في النهاية من العبث ببيوت العناكب الكبيرة، وأن تضع العنكبوت علىٰ ذراعها دون وجود موسيقىٰ، أو مشاعر قلق.

ويبدو لنا أن العديد مثل هذه الحالات البسيطة منتشرة بين أفراد المجتمع وبشكل واسع، وقد كانت هذه الحالات في الماضي تعالج بشكل فظ وغير ودّي (حيث كان يعتبر مثل هذا السلوك سخيفاً «Silly»، أو أنه عبارة عن سلوك كاذب وحيلة يبتدعها الفرد لتحقيق بعض أغراضه)، أو أن الفرد كان يقدّم تفسيرات غير واضحة (لمخاوفه) وخارجة عن نطاق البحث الموضوعي، وعادة الأفراد في مثل هذه المواقف السيئة الحظ يقومون بمحاولات بهدف كتمان أو إخفاء مخاوفهم المناقضة للعقل والمنطق، مع تنمية حيل سلوكية بهدف تفادي موضوع الخوف (The feared object)، ومن

---

(١) راجع فيصل محمد خير الزراد (الكف بالنقيض كطريقة في العلاج النفسي) دار القلم - بيروت (١٩٨٥).

الطبيعي أنه ليس جميع حالات الخوف يمكن التعبير عنها بشكل صريح ومباشر، وهذا ما يجعل الأعراض تترك أثراً سيئاً في حياة الفرد وتعمل علىٰ تمزيق هذه الحياة (disrupt the Life).

والسؤال الذي يتطب الإجابة هو السؤال الذي يتعلق بأنواع الأفكار، والإتجاهات، وبمتطلبات المعالج السلوكي التي تعتبر وسائل مناسبة لمعالجة مثل هذه المشكلات التي عادة ما نطلق عليها اسم المشكلات العصابية (Neurotic).

ويجب التأكيد منذ البداية علىٰ أنه من الخطأ الفادح الخوض في عملية العلاج دون النظر ببعض النواحي الظاهرية التي تبدو علىٰ أنها سطحية وساذجة، وكذلك فإن البساطة الظاهرية للحالة يمكنها (في أغلب الأحيان) أن تكون خادعة، وبالتالي فإن ذلك قد يؤدي إلىٰ أخطاء واضحة، ويمكننا أن نسأل عن النقاط المحددة والبارزة، التي تتطلبها عملية الاستجواب عن المشكلة، والتي من أهمها ما يلي:

أولاً : يجب علينا ومن خلال فهمنا لطبيعة الآلام التي يشكو منها المريض أن نشعر لحد ما بمشكلته، ومن أجل معرفة إلى أي مدى يجد المريض صعوبة في حياته، ومن أجل تنظيم أفكاره التي يدلي بها بطريقة يتضح من خلالها الموقف للمعالج، وفي بعض المناسبات (أو الحالات) فإن المريض لا يعلم في الواقع ما هي الصعوبات التي توجد في الموقف، وذلك بسبب مشاعر الإثم أو الذنب، أو الخجل..! بحيث لا يستطيع أن يخبرنا حتىٰ عن جزء بسيط من مشكلته أو قصته، لهذه الأسباب فإنه من المفضل الحصول علىٰ المعلومات من خلال الأصدقاء، إذا كان بمقدور المعالج ذلك، أو إذا سمح المريض بذلك. وإن هذا يساعد علىٰ تفحّص طبيعة الصعوبات التي يواجهها المريض، وبشكل مباشر كلما كان بالإمكان ذلك، وعن طريق ملاحظة ردود فعل المريض تجاه بعض الموضوعات، أو موقفه حول بعض ما

يصرح به بأنه مخيف بالنسبة إليه، ويمكن معرفة كيف تمَّ إكتساب هذا الخوف، وشدة الخوف، وردود فعل المريض تجاه ذلك.

ثانياً : من المهم أيضاً ولعدة أسباب إجراء عملية إستجواب مكثّفة، بحيث لا تبقىٰ هناك ناحية غير واضحة، أو شك ما حول صعوبات المريض المتبقية، وأحياناً قد تكون المعلومات التي تلقي الضوء علىٰ المشكلة مضحكة بطريقة محزنة، كما يمكن أن توضح حالة المريض من خلال كتابة تجربته النفسية.

وخلال المقابلات التمهيدية التي تتكرر لدىٰ المريض (أو المريضة) نجده قد ينكر (أي المريض) وجود أية صعوبة، أو مشكلة، كما حدث لهذه السيدة (R) حيث طلب منها المعالج أن تصرح عن بعض مشكلاتها الخاصة بواسطة الهاتف، وخلال أيام قليلة، وقد تبيّن أن مثل هذا الطلب من المعالج يمكن أن يحبط في حالة ما إذا أجابت المريضة بأنه لا وجود لهاتف خاص لديها، كما أن المريض قد يخاف من استخدام الهاتف العمومي، أو لا يكون لديه قابلية لفعل ذلك.

وهناك أيضاً مشكلات أخرىٰ تعترض دورة العلاج ولا ضرورة لذكرها الآن، إلّا أنه في حالة المخاوف هذه فإن المريض غالباً ما لا يأخذ باعتباره أهمية هذه المخاوف الأخرىٰ التي تلفت نظر المعالج (والتي ترتبط بالخوف الأصلي)، ومن الملاحظ أنه يمكن للمعالج في بعض الأحيان إثابة هذه المخاوف في ذاكرة المريض وإن يكن قد مضىٰ عليها سنوات، وذلك عن طريق استخدام قائمة خاصة تتضمن مخاوف أو مشكلات عامة يمكن أن يتعرض إليها الإنسان، وقد تكون هذه القائمة متضمنة أو غير متضمنة للمشكلات الخاصة التي يعاني منها المريض، وقد وضع جوزيف وولب (J. Wolpe) عام (١٩٦٦) مجموعة من القوائم لهذا الغرض، علماً أنه قلّما نجد معالجاً يثق كلياً أو يعتمد كلياً علىٰ مثل هذه القوائم، ومن المفيد بشكل عام أن نتسع في مجال إدراكنا للمشكلة أو للصعوبات التي يعاني منها

المريض إلىٰ ما وراد هذا الإدراك أو هذه الرؤية الواضحة، وذلك بالإعتماد علىٰ المريض نفسه.

ومن المفيد الوصول إلىٰ بعض التفاصيل عن تاريخ حياة المـريض، والتي تساعد علىٰ وضع المشكلة العلاجية في منظور مناسب، حيث أن جمع المعلومات يمكن أن يتركز علىٰ جانب معين أو آخر، ولا بدّ من إيجاد معيار موضوعي علىٰ ضوء الحقائق السائدة، ومن الطبيعي يجب أن يكون التأكيد علىٰ الحاضر أكثر من الماضي، وعلىٰ المعلومات المستمدة من حالة المريض الراهنة، وظروفه، وصعوباته، وهذا ما يجعل المعالج يبني معلوماته علىٰ قاعدة علاجية معينة، وعلىٰ التنبؤ بفعالية العلاج، ومن هذا المنظور نجد أن بعض المعالجين النفسانيين يفضلون إستخدام بعض الإختبارات النفسية، بحيث يمكن القول بأن المعرفة المستمدة من نتائج إختبارات معينة تساعد إلىٰ حد بعيد في جمع المعلومات عن المريض، ومن وجهة نظر الكاتب ـ أي المؤلف بيتش ـ فإن استخدام الإختبارات العادية قد يكون له مردود ضعيف، أو لا شيء، بالرغم من أنه في بعض المناسبات يمكن من خلال هذه الإختبارات التوصل لمعلومات تفيد في مجال التطبيقات العلاجية العامة، مثلاً يمكن أن تكون لهذه الإختبارات قيمة في معرفة فيما إذا كان مستوىٰ القلق لدىٰ المريض يصل إلىٰ مستويات شديدة أو حرجة (Critical Levels).

إن العلاج الإشراطي المنفّر (أو التكريهي) يؤدي لحد ما إلىٰ خلق ظروف سيئة لدىٰ المريض، بالإضافة إلىٰ تحسّن حالة المريض، إن مثل هذه العلاقة (بين الظروف المنفرّة للمريض وتحسن حالة المريض) قد استخدمت من قبل بيتش (١٩٦٠) في معالجة حالات إعتقال يد الكاتب بواسطة العلاج السلوكي، وقد إمتدت نتائج هذه الحالات والخبرات المصاحبة لها إلىٰ حالات يكون فيها مستوىٰ القلق جلياً وواضحاً، وهذا أيضاً مما جعل طريقة الكف بالنقيض تقدم الكثير من طرق العلاج السلوكية.

ومهما كانت الطرائق المستخدمة فإننا نكون قد وصلنا إلىٰ معادلتنا

العامة حول مشكلات المريض، وسنكون حالياً، أو فيما بعد مرغمين علىٰ الأخذ بعين الاعتبار قائمة الشذوذات التي تخدم وجهة النظر هذه (المقصود هنا الإنحرافات التي هي من طبيعة القلق، والمخاوف، والوساوس)، ويبدو لنا من الواضح أن هذه الشذوذات ترتبط بحالة القلق، وبالحالات المشابهة، حيث أن الإختلاف في المشكلات يمكن أن يؤدي إلىٰ قلب هذا النظام (العلاجي) المتعلق بمواقف محددة رأساً علىٰ عقب، وعادة يمر الفرد بخبرات تكون علىٰ درجات مختلفة من مشاعر القلق، والدونية، والخوف. . . ويمكن للمعالج ربط هذه الدرجات المختلفة مع بعض عن طريق توحيدها في حلقة تمثل كلها إشارات (أو منبهات) لحدوث حالة القلق . . .

وعادة يكون لدىٰ المريض مجموعة من المواضيع المنفصلة تشكل مثيرات لمخاوف مستقلة، ومن الضروري إجراء عملية تفحّص وتدقيق (Scrutinize) متقن لهذه المواضع التي تمثل قائمة من الصعوبات التي تواجه المريض، وذلك من أجل دمجها مع بعض علىٰ شكل أساس يكمن خلفه المشكلة التي يعاني منها المريض، ويخدم ذلك في زيادة إنتباه المعالج لهذه المخاوف الفرعية التي قد تساهم من قريب أو بعيد بمشكلة المريض الأساسية، ويمكن توضيح ذلك من خلال الحالة التي قام بمعالجتها الكاتب (بيتش).

المريض السيد (W) حوّل إلىٰ العيادة النفسية لمعالجته من إضطراب إعتقال يد الكاتب (تشنج اليد والأصابع وعدم القدرة على الكتابة)، وقد تم معالجة المريض من مشكلته هذه، إلاّ أنه لوحظ علىٰ المريض ظهور أعراض لجلجة بسيطة في الكلام تشبه لحد ما تشنجات الكتابة، وكانت تحدث بشكل متقطّع وخفي تقريباً، وتشبه هذه الأعراض في اللجلجة أيضاً تلك الأصوات التي تحدث أحياناً في محرك السيارة في حالة حدوث عطل، مما يؤدي إلىٰ صوت رديء السمعة (Notoriously)، وفي مثل هذه الحالة الخاصة تقرر زيادة البحث من أجل تحقيق فائدة أكبر، والسؤال الذي يطرح في هذا

المجال هو معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين العَرَضين!

١ ـ التشنج أثناء الكتابة.

٢ ـ واللجلجة في الكلام.

وإذا كانت هناك علاقة فما هي الحلقة (أو نقطة الوصل) بين هذين العرضين.

إن هذه التساؤلات تعيدنا إلىٰ بعض أفكار العالم جورج كيللي[١] (G. A. Kelly) (١٩٥٥)، الذي أشار من خلال الحالات النفسية إلىٰ وجود ارتباط وثيق بين حالة تشنّج يد الكاتب، وبين عملية التهتهة في النطق، وأن طبيعة الحلقة التي تجمع بين ذلك هي ردود فعل المريض ضد مواقف القهر والسلطة (Authority) لهذا فإنه يبدو لنا أنه ليس من الضروري معالجة هذين العَرَضين بشكل مستقل عن بعض، وإنما علينا النظر إلىٰ أحد هذين العرضين علىٰ أنه يعتمد وظيفياً علىٰ العَرَض الآخر، ويظهر لنا . من خلال الملاحظات بأن شكل السلطة هو الذي أدىٰ إلىٰ حالة سيئة من التهتهة، ومن تشنج يد لكاتب، وأن غياب السلطة سيؤدي بشكل محتم إلىٰ السلوك السوي، ومن السهل رؤية كيف أن المريض بإمكانه أن يتخلص من أعراضه عندما يكون مسترخياً بعيداً عن السلطة، ومن السهل علىٰ المريض أيضاً أن يرىٰ كيف أن أعراضه تختلف في مظهرها الخارجي عن الحقيقة الموضوعية.

ومن المهم في مثل هذه الحالات أن لا نثق كلية بالنتائج التي قد

---

(١) عالم نفس أمريكي عمل في جامعة أيوا له كتاب حول سيكولوجية الإنشاءات الشخصية، ويعتمد علىٰ النظرية الظاهرياتية في الشخصية، حاول تطبيق نظريته في الشخصية في مجال العلاج، وهو يرىٰ بأن السلوك الإنساني يعتمد علىٰ الإختبارات التي يقوم بها الفرد بالرجوع إلىٰ إدركاته للنتائج المقبلة التي تترتب علىٰ هذه الأختيارات، وتسمىٰ طريقة كيللي في العلاج بالبدائلية الإنشائية (Constructive Alternativisim).

نحصل عليها من خلال طريقة الورقة والقلم (paper and pencil)، لأن ذلك يؤدي بنا إلىٰ طريق خاطئة.

ومن الواضح أنه من المفضّل في مثل هذه الظروف أن ندعمّ أدلتنا من خلال التجارب الدقيقة والمباشرة، لمعرفة هل يمكننا أن نشهد ظهور أو اختفاء الأعراض تحت شروط معينة، وبحيث تؤدي نتائجنا إلىٰ إقتراحات مناسبة؟

وفي الحقيقة لقد قمنا بإنجاز هذه التجربة، وتبين لنا ببساطة أن المريض بإمكانه أن يتكلّم وأن يكتب وذلك خلال تواجد أصدقاء محددين (دون غيرهم)، ومثل هؤلاء الأفراد المرضىٰ يبدو أن لهم خصائص محددة تتأثر بمختلف درجات السلطة (Varying degree of authoritinism)، وقد أجريت إختبارات كانت نتائجها مرضية وتدّعم تنبؤاتنا، وتؤكد علىٰ عدم ملاحظة أية شذوذات في سلوك الكلام أو الكتابة، بينما تعرُّض المريض لشخص مستبد أو مسيطر كان يؤدي به إلىٰ ظهور العَرَض الذي أشرنا إليه.

وسيترتب علىٰ الاعتبارات السابقة المستمدة من الحالة السابقة أسئلة علىٰ مستوى من الأهمية؛

أولاً : هل يمكن لحد ما بالنسبة لمريض ذكي، ومدرك لمشكلته أن يتجاهل الإشارة الحرجة أو المثير الذي يؤدي إلىٰ إرباكه وقلقه؟

ثانياً : ألا يمكننا هنا أن نتكشف عن وجود عقدة نفسية لدىٰ المريض، يميل المعالج السلوكي أن يرفضها (أو يتجاهلها) علىٰ أنها غير هامة بالنسبة لمعالجة الإضطرابات العصابية؟

إن هذه الأسئلة تبدو واضحة الأهمية، وسترد الإجابة عنها في الفصل الأخير، ولكن يمكن القول وببساطة بأن المثال السابق الذي أتينا عليه يخدم هذا الغرض، ويمكن اعتباره بمثابة درس له فائدته.

إنه بالإمكان بالنسبة للمرضىٰ إما أن يبقوا علىٰ عدم معرفتهم بالحقيقة

الطبيعية للصعوبات التي يعانون منها (الآلية التي أدت إلىٰ هذه الصعوبات)، وحتىٰ لو كان ذلك واضحاً من قبل الآخرين، أو أن هؤلاء المرضى يرغبون في إخفاء وحجب (Conceal) هذه المعلومات الخاصة عن المعالج.

ومن الطبيعي أن الأخلاق العلاجية ترىٰ بأنه يجب علىٰ المعالج أن يتهيأ لبزل الكثير من وقته وطاقته من أجل الوصول إلىٰ الأشياء والمعالم الغير مفهومة حول مشكلات المريض الذي يقوم بعلاجه، علماً بأن إتجاه العلاج السلوكي ينكر مثل ذلك وقلّما يهتم بالتفصيلات الكامنة وراء مشكلة المريض وخاصة التفصيلات العميقة.

إن عملية التخمين (Assessing)، والتقييم (Evaluation)، للمريض، واضطرابه، قد تنتهي إلىٰ بعض الإعتبارات التي قد تتعارض مع مبادىء العلاج، أو مع ما هو سائد في بيئة المريض، ومع ذلك نبقىٰ في حاجة إلىٰ تأكيد، ومعرفة جميع المؤشرات أو العلائم (Cues) في حياة المريض، والتي هي بمثابة الزناد بالنسبة لما يعانيه من صعوبات، وكيف أن كل واحدة من هذه العلائم قد ساهمت في مشكلة المريض، وربما وبنفس المستوىٰ من الوضوح تكون الحاجة إلىٰ مثل هذه التأكيدات خلال سير عملية العلاج للتأكيد علىٰ أن المريض لم يعد يرغب في إعادة تعلم إستجابته الشاذة الغير متوافقة.

مثلاً قد يكون من غير المفيد أو المثمر (Fruitless) أن تتم معالجة مريض يعاني من الخوف من السفر بواسطة القطار، إذا لم يؤخذ بعين الاعتبار أن هذا الخوف مثلاً قد استجرّ (Elicited) من خلال محاولات المريض لذهابه إلىٰ مكان العمل.

ومما لا شك فيه أن هناك بعض المتطلبات الضرورية لإجراء عملية إعادة التعلم (Relearning)، وعلىٰ ضوء ما أشرنا إليه فإنه من المفضل إدخال المريض المستشفىٰ حتىٰ يتجنب مخاطر المشاهدات التي قد تثير القلق والخوف لديه، وإن وسائل الضبط داخل المستشفىٰ تجعل المعالج بإمكانه أن

يحقق نجاحاً باهراً في عملية العلاج، كما أن إحداث مثل هذه الترتيبات العلاجية قد يعتبر أمراً إلزامياً (Imperative)، وبعض الحالات تتطلب نوع من الدقة والإستمرارية في عملية الضبط والتحكّم وخاصة من الناحية البيئية، وهذا ما أكدّ عليه كل من (أليون، وميشيل) في دراستهما علىٰ بعض الحالات، حيث تبيّن لهما بأن المريض في مناسبة أو أكثر كان لديه ميل للعودة إلىٰ الشروط البيئية، هذه الشروط التي تتعارض من ناحية منهجية مع هذه التدريبات العلاجية التي تبدو للمريض علىٰ أنها تافهة.

وعلىٰ كل حال يجب علىٰ المعالج أن يختبر مدخلات أخرىٰ ممكنة للعلاج، وربما أن واحدة من أكثر هذه المدخلات أهمية، المخرجات البديلة لدوافع المريض، ولنأخذ علىٰ سبيل المثال حالات علاج مختلف الإضطرابات التي يمكن الحصول علىٰ نتائج فعّالة في معالجتها وذلك من خلال ما يترتب على ذلك من تخفيف للألم، ومن راحة أو تجنب لمثير مؤلم. . . كما هو الحال في معالجة الجنسية المثلية (Homosexuality)، والكحولية ـ الإدمان على الكحول (Alcoholism)، والتحول في الزي (أو الجنس)، (Transvestism). . . إلخ.

وأحياناً يقرر المعالج الإعتماد في العلاج علىٰ عملية الإشراط التكريهي (أو التنفيري) (Aversive Conditioning)، حيث أن ما يحققه المريض من لذة، وراحة (من خلال سلوكه المضطرب) يمكن أن يعاق بشدة، لذلك يجب علينا الأخذ بعين الاعتبار ما هو نمط السلوك البديل عن السلوك (الغير سوي) الذي سيتخلىٰ عنه المريض. وهل من المعقول (وحسب الظروف النفسية للمريض) أن نتوقع بأن حرمان المريض من ميوله نحو الخمرة مثلاً سوف يؤدي وبشكل طبيعي إلىٰ تحرير هذه الطاقات والتوترات وتوجيهها نحو سلوك مقبول إجتماعياً؟ ثم ألا يمكن عن طريق إثارة نفس البواعث إطلاق العنان (Unleash) إلىٰ ظهور بواعث أخرىٰ تكون شاذة (Monster)، وشديدة، ويمكنها أن تؤثر ليس علىٰ المريض فقط وإنما علىٰ الآخرين المحيطين به أيضاً؟

من الطبيعي أن يكون ذلك غريباً بالنسبة إلىٰ المعالجين السلوكيين

ذوي النظرة الضيّقة لمفهوم الإضطراب النفسي، ولكن من الواجب النظر فيما يسمىٰ بالعَرَض البديل (Symptom Substitution) ـ وهو العَرَض الذي يحل مكان العَرَض الأصلي وذلك لأن السبب الحقيقي للمشكلة (جذور المشكلة) لم يستأصل بعد (Has not been eradicated)، والواقع أن الأدلة تشير إلىٰ أن ذلك لا يمثل مشكلة حقيقية، من ناحية أخرىٰ إن ما نعتبره منطقياً بالنسبة لطرائق التعلم والمبادىء التي تساعد علىٰ فهم السلوك البشري، هل يجعلنا نشعر بالمسئولية تجاه تعلم المريض الجنسية المثلية؟، وهل بمقدورنا أن نعلّم المريض إستجابة جديدة أكثر ملائمة نحو الجنسية الغيرية (Hetersexual)، وبحيث يؤدي ذلك إلىٰ خلاص المريض من عاداته القديمة؟ إن أي شاغل مؤقت للمريض يعتمد على إعادة تدريب منظم، بالإضافة إلىٰ أن إبطال التدريبات السابقة (التعليم السابق) (de - training) سيؤدي إلىٰ نكران (أو إلغاء) وجود المريض (ذات المريض)، ومثل هذه الإجراءات التي سيتم إنجازها ستؤدي بالطبع إلىٰ العديد من المشكلات العملية والأخلاقية.

وقد يقول البعض بأن الفوائد التي يمكن للعلاج أن يمنحها للمريض تفوق وزناً للصعوبات الجديدة مع ما يمكن للمريض أن يواجهه، إن مثل هذه الإعتبارات يمكنها أن تؤدي إلىٰ سياسة الحد الأدنىٰ أو لا شيء من التناقضات العلاجية، إلا إذا كانت فاعلية الأعراض قد تلاشت تدريجياً الواحدة تلو الأخرىٰ.

مثال: يبدو لنا بأن الفرد المتمتم (Stutterer) غالباً ما يواجه مواقف أو أشياء جديدة غير متوقعة، وأحياناً مشكلات أكثر أهمية بحيث يصبح كلامه سريعاً متدفقاً (Fluent)، وعادة يكون للفرد المتهته تاريخ طويل من المعاناة والفعاليات، والأصدقاء... إلخ نظّمت كلها حول هذا العيب أو النقص، وإن إزالة هذا العيب يعني أن الفرد أصبح حراً في أن يشغل نفسه في جميع الفعاليات، والمواقف السلوكية التي تجعله يتجنب التهتهة في النطق، وتغيير أسلوب الحياة هذا يمكن أن يكون أكثر صعوبة من التغلب علىٰ المشكلة التي يعاني منها، (أي مشكلة بقاء المتهته علىٰ حالته)، لذلك يجب علىٰ

المعالج تركيز الانتباه خلال إختباراته التمهيدية علىٰ الدافع الكامن وراء المشكلة، وفي هذه المجال نجد أن هناك العديد من النقاط الهامة، سنشير إلىٰ واحدة أو اثنتين منها:

أولاً : يجب علىٰ المعالج الأخذ بعين الاعتبار الدافعية التي تخدم لدىٰ المريض غرض التمسك أو الحافظ علىٰ آلامه، أو إضطرابه (disorder)، ـ المكاسب التي يحققها المريض من مشكلته ـ ومعرفة هل أن الموقف الذي ينظر إليه المريض (من وجهة نظره) علىٰ أنه واقعياً يؤدي إلىٰ مكافأته، وهذا ما يتطلب من المريض الإبقاء على الألم لديه؟ (Reward him for Remaining ill).

وإذا كانت المشكلة علىٰ سبيل المثال علىٰ النحو التالي، أي إذا كان المريض يسعىٰ من خلال مشكلته إلىٰ لفت الإنتباه إليه، أو كسب محبة الآخرين وعطفهم... إلخ، فهل هذا السلوك سيلقىٰ الدعم والتعزيز من خلال بيئة المريض المنزلية أو من مكان عمله، مما يجعل لدىٰ المريض قدراً ضئيلاً من الحافز أو الدافعية، أو لا يوجد لديه حافزاً من أجل التغيير أو التعديل؟ أم أن الدافيعة للمريض من أجل التغلب علىٰ الصعوبات التي تواجهه هي دافعية حقيقية مخلصة، وهذا ما سيتم تدعيمه من خلال إجراءات العلاج. ومن ناحية أخرىٰ هل المريض في الواقع يريد أن يحرر نفسه (to rid himself) من مشكلاته التي يعاني منها أم لا؟ إن فعالية الدافعية الكامنة وراء المشكلات من المحتمل أن يستدل عليها من نتائج العلاج لحالات مثل الجنسية المثلية التي أشاء إليها فريوند (Freund) (١٩٦٠)، حيث وجد بأن المرضىٰ الذين يبحثون بأنفسهم عن العلاج وبإرادتهم كان العلاج لديهم وبشكل عام أكثر نجاحاً من أولئك المرضىٰ الذين دفعوا للعلاج عن طريق أحد العملاء، أو أي مصدر خارجي آخر.

من الطبيعي أنه يصعب إجراء عملية تخمين موضوعية لدافعية المريض، وقدرته علىٰ قهر صعوباته، ومن أجل أن يتحقق التعاون التام في التطبيقات العلاجية، وحتىٰ يتم إنجاز الخطوات العلاجية إلىٰ نهايتها، وعلماء

العلاج السلوكي يرون بأن أحد أفضل المؤشرات علىٰ ذلك هو تعبيرات المريض حول عملية العلاج، وتعبيرات المريض التي تشير إلىٰ نقص الدافعية (Lack of Motivation) والتي تتراوح بين التشاؤم البسيط إلىٰ رفض البرنامج العلاجي.

بهذا الشكل نكون قد وصلنا إلىٰ مرحلة فهم هذه المشكلة، وأهمية قياس مستوىٰ الدافعية، وإتجاه الدافعية لدىٰ المريض، ومتضمناتها من أجل نتيجة العلاج، وقد أكد العالم مورر (Mowrer) في أبحاثه علىٰ هذه النقطة، وأشار إلى أن السلوك العصابي (Neurotic behaviour)، غالباً ما يتضمن الفشل في عملية تعلم صحيحة، وهذا ما يصف لنا المواقف التي تؤدي إلىٰ مكافأة أو إلىٰ مكسب ما، يتحقق بواسطة هذا السلوك العصابي، بينما نجد بأن الأثر المترتب علىٰ العقاب بمفهومه الواسع يساهم في جعل العصابي بعيداً عن أن يحقق أي تغير أو تعديل في السلوك العصابي، ومهمة المعالج بالتالي إلغاء التأثير الذي يترتب علىٰ المكافأة، وبشكل تدريجي.

من ناحية أخرى إذا كان المريض يسعىٰ إلىٰ تحقيق بعض المكاسب من وراء سلوكه العصابي فكيف يتثنىٰ له في بعض الحالات أن يبحث عن طريقة للعلاج؟

إن الزوجة العصابية والزوج العصابي بإمكانهما رفض الاعتراف أو الكشف عن سلوكهم الغير ملائم، والمشكلات التي قد تترتب علىٰ ذلك، وفي الواقع يمكن لهؤلاء أن يكونوا مخادعين، أو ماكرين (Wily) ولديهم قابلية إلىٰ إحداث حالة نموذجية من العصابية.

وبالإضافة لذلك فإنه يجب علىٰ المعالج، وخلال المعالجات التمهيدية أن يأخذ بعين الاعتبار إلىٰ أي مدىٰ يمكنه أن يحقق لدىٰ المريض عملية الإستبصار (Insight)، وأن يتقبل التوجيهات المنطقية، وقد أكدّ جوزيف وولب في تصريحاته الذاتية علىٰ ضرورة تصحيح سوء الفهم، وانحراف المعتقدات، والإتجاهات التي يتمسك بها المريض وذلك حول ذاته، وعن آلامه... وقد يشك في كون معظم المعالجين السلوكيين يغمسون أنفسهم

في مثل هذه الأعمال (السلوكي لا يهتم غالباً بعملية الإستبصار)، ومن أجل توفير هذا الشكل من المساعدة، خلال المراحل الأولىٰ للبحث أو العلاج، إلا أن علىٰ المعالج أن يفكرّ في إعداد طريقة من أجل عملية حقيقية، وبحيث يتحرر المريض من مخاوفه وآرائه الغير صحيحة حول آلامه ومشكلاته، وحول علمية العلاج ذاتها. . . وهذا ما يفيد تماماً في تطبيق طرائق الإشراط والتعلم.

إن تحقيق عملية الاستبصار تعتبر سلاح فعّال في العلاج (Potent weapon in therapy)، وهناك دليل عَرَضي علىٰ مستوىٰ الفعالية التي يمكن أن تتحقق بواسطة الإستبصار، والمتعلقة بالمتغيرات التي يمكن إحداثها في السلوك. في إحدى الحالات المرضية المتعلقة بالكتابة كانت هناك قابلية لدىٰ المريض إلىٰ إحداث تغييرات بديلة في سلوكه الغير سوي، وذلك عندما توصل إلىٰ حالة من الإستبصار والفهم للآلية التي حثّت (Prompted) أو أدت إلىٰ الصعوبات التي أعاقت عملية الكتابة لديه، كما أعاقت قدرة هذا المريض عن الاستفسار عن مشكلاته، وفهم هذه المشكلات، وفي مثل هذه الحالة كانت بعض التلميحات حول هذه الآلية مفيدة للمريض وكافية من أجل الحد من أعراض الإضطرابات البسيكوسوماتية، وجعلت المريض قابلاً إلىٰ أن ينجح في عمله، حيث كان قد تبين في السابق (ومن خلال دراسة تاريخ الحالة لهذا المريض) أنه قد فشل في عمله.

وهناك نقطة أخرىٰ هامة تتعلق باتخاذ قرار المعالج حول العلاقة التي سوف توجد بينه وبين المريض، في العلاج النفسي (التحليل النفسي وبعض الطرائق المشابهة) يكون لهذه العلاقة أهمية ومكانة خاصة، وتلعب دوراً هاماً في عمليتي التشخيص والعلاج، أما بالنسبة إلىٰ المعالجين السلوكيين أمثال (وولب)، فإن الدفء، والثقة، والإتجاه الودي، في الموقف العلاجي يمكنها أن تساعد المريض علىٰ الإفضاء عن همومه وأسراره (Unburden)، كما أنها تزود المعالج بنوع من الوضوح والتنوير للموقف، كما أنه يعيد الطمأنينة إلى نفس المريض Reassurance . من ناحية أخرىٰ إن مثل هذه الوظيفة الخاصة

في مثل هذه الأعمال (السلوكي لا يهتم غالباً بعملية الإستبصار)، ومن أجل توفير هذا الشكل من المساعدة، خلال المراحل الأولىٰ للبحث أو العلاج، إلا أن علىٰ المعالج أن يفكرّ في إعداد طريقة من أجل عملية حقيقية، وبحيث يتحرر المريض من مخاوفه وآرائه الغير صحيحة حول آلامه ومشكلاته، وحول علمية العلاج ذاتها. . . وهذا ما يفيد تماماً في تطبيق طرائق الإشراط والتعلم.

إن تحقيق عملية الاستبصار تعتبر سلاح فعّال في العلاج (Potent weapon in therapy)، وهناك دليل عَرَضي علىٰ مستوىٰ الفعالية التي يمكن أن تتحقق بواسطة الإستبصار، والمتعلقة بالمتغيرات التي يمكن إحداثها في السلوك. في إحدى الحالات المرضية المتعلقة بالكتابة كانت هناك قابلية لدىٰ المريض إلىٰ إحداث تغييرات بديلة في سلوكه الغير سوي، وذلك عندما توصل إلىٰ حالة من الإستبصار والفهم للآلية التي حثّت (Prompted) أو أدت إلىٰ الصعوبات التي أعاقت عملية الكتابة لديه، كما أعاقت قدرة هذا المريض عن الاستفسار عن مشكلاته، وفهم هذه المشكلات، وفي مثل هذه الحالة كانت بعض التلميحات حول هذه الآلية مفيدة للمريض وكافية من أجل الحد من أعراض الإضطرابات البسيكوسوماتية، وجعلت المريض قابلاً إلىٰ أن ينجح في عمله، حيث كان قد تبين في السابق (ومن خلال دراسة تاريخ الحالة لهذا المريض) أنه قد فشل في عمله.

وهناك نقطة أخرىٰ هامة تتعلق باتخاذ قرار المعالج حول العلاقة التي سوف توجد بينه وبين المريض، في العلاج النفسي (التحليل النفسي وبعض الطرائق المشابهة) يكون لهذه العلاقة أهمية ومكانة خاصة، وتلعب دوراً هاماً في عمليتي التشخيص والعلاج، أما بالنسبة إلىٰ المعالجين السلوكيين أمثال (وولب)، فإن الدفء، والثقة، والإتجاه الودي، في الموقف العلاجي يمكنها أن تساعد المريض علىٰ الإفضاء عن همومه وأسراره (Unburden)، كما أنها تزود المعالج بنوع من الوضوح والتنوير للموقف، كما أنه يعيد الطمأنينة إلى نفس المريض Reassurance . من ناحية أخرىٰ إن مثل هذه الوظيفة الخاصة

للعلاقة بين المريض والمعالج قلّما يؤكد عليها المعالج السلوكي، ومن وجهة نظر المعالج السلوكي أن الإتصال الجيد بالمريض يمكن أن يشاهد وببساطة من خلال العديد من المعاني التي تقترن بعملية خفض القلق (Reducing anxiety).

في طريقة الكف بالنقيض (أو الكف المتبادل) نجد علىٰ سبيل المثال أن الهدف الرئيسي لعملية العلاج هو إحضار المثير (الأصلي) المؤدي للقلق في نفس الوقت مع وجود استجابة تكف عملية القلق (الإستجابة الأقوىٰ)، فإذا كان المريض يثق بالمعالج، ويشعر في حضوره بالأمن والطمأنينة، فإن مثل هذه المشاعر من الواضح أنها تساعد علىٰ تكوين رد فعل تجاه حالة القلق التي قد يثيرها الموقف العادي... من هذا الاستعراض المسبق والعام لمشكلة العلاقة، والمساعدة، والطمأنينة نجد أن هناك من المعالجين من يهتم، وعلىٰ دراية تامة بذلك، ومنهم من لا يهتم بذلك أو لا يكون علىٰ دراية بهذا الأمر، وعلىٰ كل حال هناك ثلاثة أشكال محددة من النصائح والتوجيهات الهامة للعلاج هي:

الشكل الأول : ويتعلق بطبيعة الآلام التي يعاني منها المريض.

الشكل الثاني : ويتضمن كيف توصل المريض إلىٰ اكتساب هذه الصعوبات (المخاوف مثلاً).

الشكل الثالث : تمسك المريض بموقفه البطولي بالرغم من محاولاته الفاشلة عديمة القيمة، من أجل قهر مخاوفه أو التغلب عليها (Vanquish).

دعنا نختبر كل من هذه الأشكال السابقة، وبشيء من التفصيل، إن العديد من المرضىٰ يبدون من خلال مناقشاتهم مع المعالج الأسىٰ، والحزن لمعاناتهم هذه السلوكات الشاذة، وتبدو مشكلاتهم كما لو أنها أشد من الإعاقات الأخرىٰ، ومع ذلك فهي لدىٰ البعض تجلب المتعة إذا كانت حالات عدم السواء بسيطة (لا تهدد ذات الفرد وغير خطره)، أما بالنسبة للحالات الشديدة فهي قد تؤدي إلىٰ أن يصبح الفرد مع مضي الوقت مخبولاً (Insane) وبدرجة شبه كاملة أو مستديمة، ويمكن للمريض أن يحتفظ بأفكاره

لنفسه بالرغم من كونه منزعجاً ومضطرباً، وحتىٰ يتاح له فرصة مناسبة لمناقشة هذه الأفكار مع المعالج (عملية تطهير أو تنفيس إنفعالي).

وتشير التجارب العملية بأنه ليس من الصعب إعادة الطمأنينة للمرضىٰ عن طريق الإشارة إلىٰ أن هذه الأفكار لا مبرر لها، وأن آلامهم ذات الطبيعة العضوية الخاصة ستكون بمثابة النذير (Precursor) لحدوث مرض مهلك، ومن الطبيعي أن المريض في بعض الأحيان يحاول أن يشرح الصعوبات التي يعاني منها الآخرين ولكنه قد يفشل في نقل مشاعره الذاتية إليهم، مما يترتب عليه نقص في عملية الفهم، وفي المشاركة الوجدانية أو التعاطف، ويضعف من القدرة علىٰ التدعيم (التعزيز)، ويفتح المجال للخلافات والعداء، ومن الطبيعي أن الراحة والإسترخاء التي يحققها المريض تؤدي إلىٰ زيادة في فهم الموقف، وزيادة في التحمل، والهدوء، وإعادة الثقة في النفس.

من ناحية أخرىٰ نجد أن أحد أجزاء سلوك المعالج الهامة هو شرح سلوك المريض (للمريض)، وقد وجد وولب بأن الكثير من الحالات الفردية تخفي أو تضمر أفكار غريبة أو شاذة تتعلق بالأعراض الأساسية، وبطريقة تصور هذه الأعراض، وقد يكون ذلك بسبب قراءة المريض عن العديد من الأمراض النفسية الغريبة، بحيث نجد هؤلاء ينجحون في إخافة أنفسهم كثيراً، ويمكن للمعالج في هذا الصدد التأكيد بأن سلوك المريض يمكن فهمه وتفسيره من خلال مصطلحات الإشراط والتعلم، ويمكن الإشارة هنا إلىٰ أن هذه الطرائق تفيد في تهدئة مستوىٰ القلق عن طريق الشرح وإعادة الطمأنينة، وتأكيد الذات، وقد سعىٰ (وولب) إلىٰ استخدام هذه الطرائق، حيث وجد بأن القلق العصابي يمكن معالجته عن طريق إزالته بواسطة طريقة الكف بالنقيض، وقد أشار وولب إلىٰ ضرورة التمييز من الناحية التطبيقية بين نمطين من القلق أحدهما قلق عابر (Talked away)، والآخر يحتاج إلىٰ عملية إخماد وانطفاء (Extinguished) بواسطة إجراءات خاصة[1]، ولهذين النمطين

---

(١) يبدو أن إشارة وولب لأنماط القلق يفهم منها أنه يشير إلىٰ سمة القلق، (trait anxiety) وإلىٰ حالة قلق، (State anxiety) ويمكن الرجوع إلىٰ بعض المصادر في =

أصول مختلفة، ومراحل نمو مختلفة، وقد تكون هذه التفرقة غير مبنية علىٰ أرضية صحيحة في الواقع.

وعلىٰ كل حال هناك مدىٰ كبير لعملية الشرح والتفسير التي يمكن أن يقدمها المعالج لمريضه، أو المريض لمعالجه وبحيث تصبح هذه العملية بمثابة مقياس تجريبي لعملية التدعيم، ولهذا السبب كان لهذه العملية أهمية في مجال العلاج.

إلىٰ هذا الحد يكون قد تكشّف لنا وبشكل عام أهمية التعليم في التجارب الإشراطية، التي تتضمن موضوعات إنسانية، وكيفية حدوث تعلم جديد، ويمكننا علاوة عن ذلك الإستفادة مما يمكن أن نعممه من الدراسات المخبرية علىٰ مواقف العلاج (كما هو الحال في اكتساب العصاب التجريبي) حيث نجد أن عملية التعلم ترتبط بالقيام باستجابات أو ردود أفعال مرغوب بها من قبل المريض، مما يسهّل عملية الاكتساب لديه، ومن المؤكد أن لذلك قيمته.

وهناك نقطة أخرىٰ سنشير إليها في المقطع الأخير وتتعلق بالإجراءات الإجرائية (Operant procedures) حيث لا يكون الأثر المترتب علىٰ عملية التعلم دائماً إيجاني مرغوب به ـ الإشارة إلىٰ الإشراط الإجرائي لدىٰ سكنر والتعزيز السالب ـ وإذا انتقلنا إلىٰ اهتمامات المعالجين السلوكيين حول عملية تأكيد الذات وإعادة الطمأنينة لدىٰ المريض، والتي يجب أن تظهر (وبشكل نسبي) لدىٰ المريض ومن خلال مواقفه مع الأصدقاء، وتهدئة مخاوفه من مواجهة الأفراد. . . فإننا سنصادف عدداً من المعايير في الثقافة الغربية التي تتضمن العديد من التحذيرات والنصائح المباشرة والتي تدفع بالفرد نحو تكامل ذاته (to pull oneself together)، ومن أجل أن يكون إنساناً عليه أن يخلع الأقنعة (pull one's Socks up) ويواجه المشكلة، إن تكرار مثل هذه النصيحة سيكون له فائدة كبرىٰ، وإن تكن قيمة هذه النصيحة في جعل الفرد

= هذا الخصوص. (المترجم).

أكثر قابلية للتغلب على حالة القلق الشديدة لديه محدودة لحد ما، وحتى أن المريض أحياناً يخمّن أن لا فائدة حقيقية من محاولته لتحدي مخاوفه، ومع ذلك فهو يجرّب ذلك خلال سير عملية العلاج، والمريض قد يحقق الفائدة عن طريق إضعاف مشاعر الذنب لديه، أو مشاعر الخجل.

أخيراً هناك تعليق بسيط حول مكانة المسئولية الأخلاقية من وجهة نظر المعالجين السلوكيين، وبمعنى خاص فيما إذا كان يجب على المريض، أو لا يجب عليه أن يتحمل بعض من ثقل مشاعر الإثم لديه في ظروفه الخاصة التي خبرها.

إن معظم المعالجين السلوكيين يمكنهم بهذا المعنى أن يقدّروا التحدّي القوي لفرويد، إن هؤلاء المعالجين السلوكيين يؤكدون على المحدودات النفسية في سلوك الفرد، لاعتقادهم بأن الناس يمكنهم أن يسلكوا فقط حسب ما تسمح لهم ظروفهم، ومن الواضح أن وجهة النظر هذه تعتمد على ما أكدّه وولب حول الحاجة إلى إعلام المرضى بأن عليهم أن لا يتحمّلوا المسئولة الأخلاقية المترتبة على مشكلاتهم، وهذا بدوره يخالف وبشكل حاد وجهات النظر الجديدة التي عبّر عنها (مورر) حيث أشار إلى أن الشعور بالإثم العصابي هو شعور بالإثم حقيقي علاوة على أحداث حقيقية، ويمكن أن يعالج عن طريق التكفير عن الذنب (Atonement) بشكل حقيقي. وبشكل عام المعالج السلوكي يتجنب لوم المريض عن سماحه لنفسه أن يسلك سلوكاً بطريقة شاذة، ولا أن يلوم المريض من أجل أي نقص أو فشل في النجاح الذي قد يلي الجهود العلاجية المضنية للمعالج، حيث يتقبل المعالج تحمل مسئولية فشل العلاج.

هذه بعض الخطوات التمهيدية للعلاج، وبعض الإعتبارات في مجالا العلاج السلوكي، (والتي قد توجد في أنماط أخرى من العلاج) وهي تبدو مفيدة، مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية الخطوات العلاجية المبكرة.

الفصل الرابع
بناء مدرجات القلق
(Building Anxiety Hierarchies)

الفصل الرابع
بناء مدرجات القلق
(BUILDING ANXIETY HIERARCHIES)

لقد رأينا بأن هناك عدة طرائق للعلاج السلوكي، مشتقة من نظريات وتجارب التعلم، إلّا أنَّ لكل من هذه الطرائق أسلوب خاص، فطريقة العلاج بالكراهية تختار لمعالجة الدوافع المنحرفة التي تؤدي إلىٰ إرضاء المريض مثل الإدمان علىٰ الكحول، (والشذوذ الجنسي)، وطريقة الكف المتبادل ـ التي تعرف بالتحصين المنظَّم ـ تفيد في علاج مشكلات القلق والخوف، ويمكن القول بأن هناك نموذجين أساسيين من التحصين المنظَّم، الأول متعلق بحياتنا الواقعية، أي تحصين منظم واقعي، والثاني هو تحصين منظم خيالي أو تصوري يعتمد علىٰ التصور والخيال، وفي حالة التحصين المنظّم الواقعي (Real Systematic desensitization) تكون التمارين التي يجريها المريض منظّمة بحيث تدور حول الحياة الواقعية، فمثلاً الخوف من المصاعد يعالج عن طريق تجربة واقعية، والخوف من الحشد يعالج عن طريق وضع المريض في مواقف يكثر أو يقل فيها الحشد، وعلىٰ العكس من عملية التحصين المنظّم التي تعتمد علىٰ الخيال أو التصور، حيث يتم معالجة المريض وكف القلق المثار عنده عن طريق تصورات معيّنة تستثار في عقل المريض، كأن يتخيّل المواقف والمشاهد التي تثير الخوف لدىٰ المريض، ومن الواضح بأن هناك صعوبات وفوائد نحصل عليها في نفس الوقت وذلك بالإعتماد علىٰ الشكلين السابقين من التحصين المنظّم. إنَّ التحصين المنظَّم الخيالي يعطينا الكثير من الفوائد حيث يسمح باختيار وضبط المواقف المثيرة للقلق الشديد،

وبصورة عملية يمكن للمعالج أن يوجد أو يزيل أيّ موقف يريده مع قليل من الصعوبة وذلك إذا تخيَّل المريض الموقف بقدرٍ كافٍ، وفي هذه النقطة طبعاً تكمن عقبة خفيّة حيث أنّ المريض قد يُنقص (بضم الياء) من القدر المطلوب من تصور الموقف، أو لا يستطيع تخيّل الموقف تماماً، أو يجده بعيداً عن الواقع، ولم يؤدي إلىٰ نفس النوع أو المستوىٰ من القلق كما لو كان حقيقياً، ونتيجة لمثير حقيقي وواقعي، وعلىٰ كل حال قد يقال عن **الإختيار بين التحصين المنظّم الخيالي، والواقعي الكثير، إنما الذي يهمنا هو كيف يتكوّن مدرج القلق في كلا الطريقتين الواقعية والخيالية من التحصين المنظّم، واللتان تستخدمان في العلاج، إن طريقة الإشراط المباشر** (Direct Conditioning) التي سمتها ماري جونز بهذا الإسم، أو طريقة التحصين المنظّم[1] كما نسميها الآن تتضمن عنصرين أساسيين، الأول: هو الحاجة إلى طريقة تدريجية من المواقف التي تثير قلقاً قليلاً باتجاه المواقف التي تؤدي إلىٰ قلق شديد، والعنصر الثاني هو الحاجة إلىٰ معرفة وتقرير نوع الإستجابة التي ستقوم بوظيفة كف القلق، والتي نطلب من المريض القيام بها أثناء وجود الرمز أو الإشارة (المثير) التي تثير القلق. إن العنصر الأول يتطلب منّا الانتقال خطوة فخطوة وبكل دقة واهتمام، وإن أي فشل في تدرج هذه الخطوات حسب نظام ملائم ومطلوب سوف يقود حسب وجهة النظر هذه إلىٰ أحد خطرين كبيرين، إمّا أنّ المريض سيتعرض إلىٰ قدر أكبر من القلق المطلوب في العلاج، أو أنه يقف دون تقدم أو تحسن في العلاج وإن المقدّمة الهامّة في وضع واستنباط مدرج القلق هو معرفة السبب الحقيقي الذي أدىٰ بالمريض إلىٰ سلوك القلق أو الخوف (المثير الحقيقي)، وفي بعض هذه الحالات يكون من السهل معرفة ذلك كما في حالة الخوف من العنكبوت الذي يمكن أن يشير إليه المريض بسهولة، ولكن في حالات أخرىٰ يكون من الصعب كما في حالات التلعثم في الكلام، والإعاقة عن

---

(١) **ملاحظة**: في بعض الكتب العربية يطلق علىٰ طريقة التحصين المنظم إسم التبليد المنظم، أو التخلّص من الحساسية.

الكتابة (تشنج اليد)، ولا شك بأن تعاون المريض أو ميله إلىٰ التعاون الفكري، وشعوره بمشكلته، ومقدرته علىٰ وصف حالته هام جداً، وبدون ذلك فإن معرفة طبيعة المشكلة الحقيقية للمريض تصبح صعبة وشاقة، وعادة هناك أربعة مصادر أساسية من أجل الحصول علىٰ المعلومات والإستشارات في هذه المرحلة بالذات (مرحلة تكوين مدرج القلق)، وهي:

١ ـ تاريخ حالة المريض.

٢ ـ استجابات المريض على إختبارات معينة (تتعلق بالمخاوف المرضية).

٣ ـ استجابات المريض علىٰ الاستجواب المكثّف الذي يقوم به المعالج، وكذلك رأي أقران المريض وأصحابه عن طريق مقابلتهم وبحيث يكون ذلك بموافقة المريض.

٤ ـ رأي المعالج وتحليله للموقف الذي أدىٰ إلىٰ القلق لدىٰ المريض.

ويمكن الإستعانة بالمذكرات اليومية للمريض، وهذه الطريقة تقود إلىٰ معلومات جداً هامة حيث قد يغفلها المريض ولا يمكن الحصول عليها بالطرق الأخرىٰ، وعلىٰ المعالج ترتيب هذه المعلومات، ومن ثمّة تفسيرها من أجل أن تلقي الضوء علىٰ مشكلة المريض، ومن أجل بناء وتقرير مدرج مناسب للقلق يبيّن المخاوف المخفية. وأحياناً وبعد بحث منظم ودقيق فإن القائمة التي تحتوي علىٰ المشكلات، والصعوبات، والمخاوف، والمعوقات، . . . إلخ تكون محدودة وصغيرة وأحياناً تكون طويلة ومفصّلة، وفي الحالة الأولىٰ (عندما يكون مدرج القلق بسيطاً) يمكن معرفة السبب الرئيسي للقلق كالخوف من العنكبوت، ومن عنكبوت معيّن، ويساعد ذلك في معرفة جميع الدرجات المختلفة المثيرة للقلق (أي ما يشبه العنكبوت مثلاً) وبعد ذلك تصنف وتنظّم هذه الصفات وهذه الحقائق التي تمثل مثيرات متفاوتة للقلق، بحيث يمكن البدء بأقلّها إثارة للقلق (شدّة)، مثلاً البدء بعنكبوت صغير وميت، له لون معيّن ومواصفات معينة، يوضع علىٰ بعد (١٠) أقدام من المريض، وبعد إجراء عدّة تمارين أو تدريبات علىٰ هذه

العيّنة، فإننا نقرّب العيّنة (العنكبوت) أقرب فأقرب نحو المـريض، ويمكن بعد ذلك أن نأتي بعنكبوت آخر له لون وخصائص أخرىٰ ويختلف في اللون والحجم، وبإجراء خطوة فخطوة نصل تدريجياً إلىٰ الموضوع الأساسي الذي يشتمل علىٰ العنكبوت والصفـات والحجم الحقيقي الذي يثيـر القلق لدىٰ المريض، أي العنكبوت الأكبر حجماً، والأكثر حركـة ونشاطـاً، وذو اللون الأسوذ، ويكسوه شعر كالوبر الخفيف، ويكون علىٰ مقربة من المريض، ومن ناحية أخرىٰ فإننا قد نجد أنّ أمامنا قائمة طويلة وغامضة من المشاكل، وفي هذه الحالة علىٰ المعالج أن يكون بارعاً في تنظيم هذه المشكلات ودراستها والوصول إلىٰ الحقائق المنظّمة ومعرفة الخصائص المتعددة، والمصادر التي أدت بالمريض إلىٰ أن يكون عصابياً ومصابـاً بالقلق، وهنـاك نقطة تستحق الإهتمام والتركيز وهي معرفة فيما إذا كان الشخص الذي يعاني من العصاب هـو شخص غير عـادي وأن ذلك نـاتجاً عن صـدمة اكتسبتهـا عن طـريق الإشراط، وهل يوجد شيء لـدىٰ هؤلاء الأشخاص يختلف عمّـا هو لـدىٰ العاديين؟، فإذا كان الجواب بالإيجاب فهل يمكننا أن نستنتج بأن العـلاج السلوكي (الإشراطي) يفيد في تخليص الفرد من عاداته السيئة، وهل إزالة الأعراض (The Symptoms) تساوي نفس المستوىٰ من إزالة العقد النفسية؟، إن الشيء الأكثر أهمية في هـذه المرحلة هـو عدم التغـاضي عن الحقائق والمفاهيم الحاسمّة الصعبة لهذا النوع من العلاج، وسنشرح ذلك عن طريق الإشارة إلىٰ واحدة من الحالات التي قام العالم جوزيف وولب (J. Wolpe) (١٩٦٦) بعلاجها، وهذه الحالة لإمرأة تبلغ من العمر (٣٤) عامـاً، كانت تشعر بنوع من الضيق الداخلي الشديد والحبسة الداخلية (Closed in)، مع رغبة ملحّة في الهرب أو الفرار عندما تتحدث مع شخص آخـر، إن هذه الأعراض ستؤخذ في مقـدمة الإعتبـارت من حيث بناء مـدرج القلق الذي سنعمل علىٰ بنائه، وقد لوحظ أن علائم القلق كانت تظهر علىٰ المريضـة عندما كان المعالج يحاول التحديق في المريضة وهو علىٰ مسـافة قصيـرة منها، ولحسن الحظ أنَّ مشكلة المريضة قد أعيد حلّها صدفة عندما سألت المريضة الطبيب فيما إذا كان هناك شيء يمكن عمله من أجل تخفيف هذا

الضيق والألم الذي تشعر به، وكانت المريضة قد علمت بأنَّ قليلاً من الخمرة «الكحول» يمكن أن تساعدها في ذلك، إلاَّ أن المعالج أُخْبر (بضم الألف) بأن زوجها لا يسمح لها بشرب الخمرة، وتبع ذلك عدة إعترافات تشير إلىٰ أن زوجها كان مسيطراً عليها في جميع شؤون حياتها، وقد بدت المشكلة لوولب علىٰ أنها مختلفة، حيث أن الخوف المرضي الذي تعاني منه المريضة بدأ يظهر وكأنه متعلق باختلاس نظر الآخرين وتحديقهم بفضول من خلال مشكلاتها، وأن الخوف الذي أصابها يتعلق بخوفها من أن تقع في موقفٍ (شرك أو مصيدة) يذكّرها ما كان عليه زواجها (Her Marriage to Be)، إن هذا الشكل من المخاوف يبدو أنه مستعصياً علىٰ العلاج بطريقة الإشراط (Conditioning) ومن الصحة القول بأن طريقة الإشراط في مثل هذه الحالة قلّما تفيد، وكما يبدو بأنه لا يمكن الإستعانة بتطبيق إختبار تجريبي يناسب الإعترافات التي قدمتها المريضة، ولا ندري (مقدماً) معرفة فيما إذا كان العلاج سينجح ويؤدي إلىٰ حالة من إنفراج المريض، والنتيجة الناجحة قد لا تتوافق مع صدق المعلومات التي تقدمّها المريضة، ويظهر من قصة المريضة بأن المشكلات يمكنها أن توجد في إطار القضايا التي لا يعيها المريض، وفي مثل هذه الحالات يجب مناقشة فيما إذا كان مثل وجود هذه المشكلات في اللاشعور تشكل عائقاً أمام تقدم ونجاح العلاج.

ولنأخذ أمثلة أخرىٰ من هذا القبيل مثل:

١ ـ شخص يخاف من الأماكن المغلقة، ومن كونه يوجد بين جماعة لاعبين كرة قدم، أو في حشد داخل محل تجاري مركزي، أو من جلوسه في كنيسة مكتظّة بالناس... وهكذا.

٢ ـ شخص يعاني من آلام ومخاوف من المستشفيات، ومن الرائحة، ويخاف من الإصابة من الإغماء، أو من أخذ الحقن...

٣ ـ شخص يخاف من الأماكن الواسعة المكشوفة، ولذلك فهو يعاني من القلق عندما يكون بمفرده، أو عندما يذهب بمفرده في رحلة ما، وفي

ظروف أخرىٰ مشابهة.

والخطوة التالية (بعد جمع البيانات عن مخاوف المريض) تعتبر خطوة سهلة وفيها يقرر المعالج، أو يضع الخطوات المنفصلة والمراحل التي ستكوّن مدرج القلق والتي تؤدي (أي هذه المراحل) إلىٰ السبب الرئيسي المؤدي للقلق، وتبدأ الخطوة الأولى بعمل تجربة بسيطة ودقيقة وذلك لاختبار هذه الصفات (المثيرات) التي تؤدي إلىٰ حالة القلق أو الخوف المرضي، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الصفات كافية (لبناء مدرج القلق لدىٰ المريض)، ويمكن للمعالج الإستغناء عن صفة ما أو خطوة ما، وذلك إذا وجد أنها (أي هذه الصفة بما تتضمنه من موضوع مثير) لا تؤدي إلىٰ ضرر المريض، أو أن هذه الصفة لا تثير قلقاً ولو بسيطاً، ويمكن للمعالج إضافة عناصر أخرىٰ تؤدي إلىٰ إثارة القلق كما تؤدي إلىٰ بعض الصعوبات في العلاج إذا أهملت. يلي ذلك أن تكون هذه الخطوات غير متباعدة كثيراً عن بعض بحيث تساعد علىٰ إتخاذ إجراءات تدريجية، تمنع من حدوث قلق أو ردود فعل قوية وشديدة لدىٰ المريض، وهذا ما يتطلب إعادة النظر في جميع الإرتباطات التي كان المريض قد اكتسبها، والتي هي بين الإشارات (المثيرات) المؤدية للقلق وبين الإستجابات القلقية بحد ذاتها، وقد يتطلب ذلك من المعالج أحياناً القيام بحسابات رياضية لمعرفة قوة إستجابة القلق الناتجة عن مثير (أو صفة معيّنة) له قوة معينة، ولنفترض أن شدّة القلق المثار (بسبب عرض مثير معيّن علىٰ المريض) يبلغ حوالي (٩) وحدات وأن قيمة الإستجابة المضادة لهذا القلق تقدر بحوالي (١٠) وحدات، فإننا نتوقع من هذه الإستجابة المضادة القدرة علىٰ كف القلق المثار بكل سهولة.

ويجب ملاحظة أن الإستجابات المتعارضة (استجابة القلق، والإستجابة المضادة للقلق) لا يمكن أن تحدث في نفس الوقت. حيث أن الإستجابة الأقوىٰ تكف عمل الإستجابة الأضعف وتمنعها من الحدوث، فإذا كان مدرج القلق منظماً تنظيماً جيداً وموزعاً بحيث تكون المثيرات أقل من حيث شدتها من (١٠) وحدات فإننا بلا شك نتقدم خطوة دون مواجهة صعوبة، وينتقل

المعالج خطوة فخطوة بدءاً من الخطوة التي تحتوي علىٰ أقل كمية من الوحدات وحتىٰ الأكثر كمية من الوحدات، وهكذا يتم إزالة القلق (أو حالات الخوف والإنفعال الحاد) الذي تكون قوة إستجابته أقل من (١٠) وحدات، ويجب الإنتباه إلىٰ أنه إذا كانت الخطوات الثلاث الأولىٰ تحتوي علىٰ ثمانية وحدات من القلق لكل منهما، وأن الخطوة الرابعة مثلاً تحتوي علىٰ (١٢) وحدة فإن العلاج سيفشل، وذلك لأن المثير موضوع الخطوة الرابعة يكون من حيث شدته أكبر من (١٠) وحدات، وقد يرىٰ البعض بأن خطوات مدرج القلق إذا كانت مفصّلة ودقيقة جداً فإن العملية تصبح مضيعة للوقت الذي يحتاج إليه المعالج، ومهما يكن من أمر فإن الصورة النموذجية لبناء مدرج قلق أن تكون الخطوات المؤدية إلىٰ إثارة القلق أقل (من حيث الشدّة) أو أضعف من الإستجابة المضادة لإستجابة القلق مثل (إستجابة الإسترخاء، أو الطعام، أو الجنس. . .)، وهذا ما يفترض جدلاً بعض الإعتبارات الفنيّة والنظرية، من هذه الإعتبارات (أو الإفتراضات) أن القلق بإمكانه أن يتلاشىٰ قليلاً فقليلاً، وهذا ما يترتب عليه أنَّ أي مرحلة تعالج (بفتح اللام) بهذا الأسلوب، فإن قيمة القلق الذي تثيره هذه المرحلة ينتقص أو يطرح من قوة القلق الذي تثيره المرحلة التالية، وبمعنىً آخر نفترض أن الخطوة الأولىٰ تؤدي إلىٰ إثارة استجابة من القلق قيمتها حوالي (٨) ثمان وحدات، والخطوة التالية تثير إستجابة قلقية قيمتها حوالي (١٦) وحدة، فهل يمكننا أن نفترض أن شدّة القلق في الخطوة التالية، (وبعد أن قام المعالج بعملية معالجة وكف القلق في الخطوة الأولىٰ) ستنخفض إلىٰ ثمانٍ وحدات حيث أن الثمان وحدات الأخرىٰ تكون قد زالت (١٦ ـ ٨ = ٨) وحدات.

إننا نلاحظ أن هذا العصر أكثر نمواً في طبيعته الفنيّة بحيث يمكن للمريض أو للمعالج أن يقدّم أحكاماً ناجحة حول تقدم العملية العلاجية، وحول معرفة كميّة القلق التي تثار في أي مرحلة من مراحل مدرج القلق، ولكن في بعض الأحيان إن المقترحات حول تقديم هذه الخطوات لا تظهر من حيث التطبيق العملي قبولاً كلياً، وكمثال علىٰ ذلك عندما يضع المعالج

الأفعى (في حالة الخوف من الأفعى) على مسافة ستة أقدام فإنها لا تثير أو ليس من الضروري أن تثير هذه المسافة مقداراً من القلق يعادل ضعف ما يثيره نفس الحيوان فيما إذا وضع علىٰ مسافة (١٢) قدماً (٦ × ٢ = ١٢)، والواقع إنَّ أحكام علماء النفس لم تتطرق إلىٰ مثل هذه المفاهيم الفيزيائية حول أثر البعد والمكان، ثم إنه من الطبيعي أن تصبح المسألة سهلة فيما إذا أمكننا القيام بعملية قياس لقوة القلق بالنسبة لكافة مراحل مدرج القلق، ومن أجل التأكد من مدىٰ صدق وصلاحية مدرج القلق وتفادي أيَّ إزعاج. أيضاً إن مثل هذه المحاولات لم تقم بشكل جدّي في وقتنا الحاضر، ومع ذلك يمكن التطرّق إلىٰ بعض المحاولات القياسية لمدرج القلق، لقد أوصىٰ العالم وولب باستخدام مقياس بسيط من أجل تحقيق ذلك، وهذا المقياس البسيط يحتوي علىٰ بعض الأسئلة التي توجه للمريض، من أجل أن يتصوّر درجة القلق التي يتعرض إليها أثناء مراحل العلاج وتقديم المثيرات، وأن تحدد درجات القلق التي يتعرض إليها المريض في جدول منظّم من الأعلىٰ إلى الأسفل وحسب ما يشعر بها المريض، وعادة يعطىٰ درجة (١٠٠) مائة بالنسبة إلىٰ أعلى الدرجات المثيرة للقلق، كما يطلب من المريض تحديد الحالة القصوى عندما يكون هادئاً، وتعطىٰ هذه الحالة درجة الصفر. وبهذا تكون المسافة الفاصلة بين الدرجة (١٠٠) والدرجة صفر تشير إلىٰ جميع درجات القلق الواجب علاجها، مثلاً إن السير في الأماكن المزدحمة يثير حوالي (٩٠) وحدة قلق وهكذا. . . ويضيف العالم وولب بأن المريض بعد أن يكون قد قام بعدة إجراءات علاجية أو محاولات باستخدامه هذا المقياس، فإنه سيكتسب مهارة الإشارة إلىٰ درجات القلق التي يشعر أو يتنبأ بها، وحسب وجهة نظر وولب إن حوالي (٥ ـ ١٠) وحدات من القلق التي تكون خارجة عن المقياس تكون كافية إلىٰ أن تجعل الإستجابة المضادة للقلق لا تقوم بوظيفتها.

وهناك طريقة أخرىٰ مبسطة تساعد علىٰ الحصول علىٰ نفس المعلومات التي تساعد في بناء مدرج القلق، وهذه الطريقة تعتمد علىٰ المقارنة الزوجية (Paired Comparisons)، وهذه الطريقة تتضمن طباعة أو كتابة العناصر

المختلفة لمثيرات القلق والتي لها صلة بالمثير الأصلي المؤدي للقلق على بطاقات منفصلة، وتقدم هذه البطاقات للمريض كل اثنتين مع بعض وفي وقت واحد، ومهمة المريض أن يشير إلىٰ أيٍّ من المثيرين سوف يثير قلقاً أكبر، وهذه الطريقة تعتبر أكثر ثباتاً من طريقة وولب، ولكن هذه الطريقة لا تسمح لنا بأن نقوم بعمل أكثر من ذلك.

وذلك من أجل ترتيب المثيرات في أماكنهم داخل نظام معين وحسب قوة قلق كل منهم، بمعنىً آخر إننا لا نستطيع الحصول علىٰ قدر من التخمين مثل الذي يحصل عليه وولب من خلال مقياسه، ويبدو أن الخطأ لدىٰ وولب في محاولته حصر مثيرات القلق بين الدرجة العليا والدرجة الدنيا، والواقع أن أهم مرحلة هي معرفة العقبات الخفيّة التي لا توجد داخل مدرج القلق، ويمكن في هذا الصدد الرجوع إلىٰ مشكلات القياس في كتاب جلفورد عام (١٩٥٤).

ويكفينا الآن القول بأنه يجب أن نأخذ مشكلة القياس بعين الاعتبار وبصورة جدّية.

إن القياس الدقيق لدرجة (أو لنسبة) رد الفعل المضاد للقلق في هذه المرحلة مهم جداً، وإن ثبات هذه النسبة مهم أيضاً، إلاّ أن الاقتراحات التجريبية تشير إلىٰ أن مستوىٰ القلق لا يبقىٰ متوازناً، ويميل إلىٰ التذبذب، كما أن ظروف المريض ليس من الضروري أن تبقىٰ كما هي من يوم لآخر، وهذا يعني أن أيَّ حساب نقوم به لأيِّ نسبة من القلق في وقت ما لا يبقىٰ كما هو في المستقبل، وأن أي مستوىٰ عام للقلق نتوقع أن يصيب المريض في حضور مثيرات معينة يكون دائماً حول المتوسط، في بعض الأحيان وأثناء علاج المريض، وعند عرض مثير ما عليه نلاحظ أنه أبدىٰ كمية غير متوقعة من القلق، وهذا بعد أن تمَّ عرض بعض المثيرات عليه في المراحل السابقة وكانت المحاولات ناجحة، لهذا فإن مثل هذا الموقف (أي ظهور حالة كبيرة من القلق) يتطلب من المعالج العودة ثانية إلى الخطوات السابقة في مدرج القلق والتي هي أخف قلقاً، ومواقفها أسهل، وحتىٰ يدخل الخطوات

الجديدة والناقصة داخل خطوات مدرج القلق، أو أن المعالج قد يستعين في مثل هذه الحالات بالعقاقير من أجل خفض مستوىٰ القلق لـدىٰ المريض. (تحت إشراف طبيب مختص).

إن المعالج المتمـرس يدقق وينظر إلىٰ أي إشارة من الإشارات التي قد تؤثر في العلاج وذلك قبل البدء في أي جلسة من جلسات العلاج، وعادة تكون خطوات مدرجات القلق التي تطبق في مجال العلاج السلوكي قصيرة ومختصرة، وعلىٰ سبيل المثال نورد فيما يلي مدرج القلق الذي وضعه العالم لازاروس (Lazarus) عام (١٩٦٠)، بهدف معالجة طفل عمره ثمان سنوات كان يعاني من الخوف من الدرّاجات النارية، ومن تحطيم هذه الدرّاجات. وقد كانت الخطوة الأولىٰ في بناء مدرج القلق لهذا المريض كالتالي.

١ ـ أخذ لازاروس الطفل (جون John) من أجل أن يرىٰ مختلف العربات والدراجات النارية، مع تقديم قطعة من الشوكولا إليه.

٢ ـ المرحلة التالية تشكيل سلوك مقصود عن الحوادث «حوادث العربات»، وذلك عن طريق استخدام اللّعب المكوّنة من الدراجـات الناريـة، مع تقديم قطعة شوكولا عندما يظهر علىٰ جون أنه يتفاعل وبكل حيوية مع هذه اللعب.

٣ ـ جعل الطفل يجلس في محطة للعربات، ورؤية حادث إصـطدام عن طريق رجل يركب عربة صغيرة.

٤ ـ في نهاية العلاج أصبح الطفل يتمتع برؤية حوادث الدراجات النـارية ودون ضرورة لتقديم قطعة الشوكولا.

يظهر من مدرج القلق السابق الذي وضعه (لازاروس) أنه مدرج بسيط ولكنه غير متقن ويترك فجوات كبيرة وهامة في معرفة الحقائق الأساسية التي ساهمت في حدوث خوف هذا الطفل، ويبدو أن هناك أشياء كثيرة لم يذكرها لازاروس، وخـاصة فيمـا يتعلق بحديث الـطفل (جـون) حول العـربـات، والطائرات، والأوتوبيسات، وما هي الأشياء التي قالها جون للمعالج، وماذا كان سلوكه؟ وسنترك للقارىء أن يتصور ذلك.

ومثال آخر لوولب عام (١٩٦٢) حيث قام ببناء مدرج لسيدة (س) كانت تعاني من خوف مرضي من مواقف المرور (Traffic situations)، وقد وضع وولب هذا المدرج مستخدماً طريقة التنـظيم التخيّلي (أو التصوري)، كما وضع وصفاً دقيقاً لمراحل العلاج، وقد تضمن المدرج ست وثلاثون نقطة، وقد نظم وولب المراحل والمشاهد اللازمة لإحضار هذه النقاط (المشاهد المثيرة) إلىٰ المريض في الوقت المناسب مع إعطاء فكرة جيدة عن العملية العلاجية.

وهناك مدرج قلق قام بوضعه والتون (Walton) عام (١٩٦٤) من اجل علاج إمرأة عمرها (٤٨) سنة كانت مصابة بخوف شديد من كونها قد تتعرض إلىٰ حالة من الموت المزيّف «أو الكاذب»، وأنها قد تدفن وهي حيّة، وقد رتّب والتون مدرج القلق بالإعتماد علىٰ حالة المريض اللاشعورية، وعلىٰ الفحوص الطبيّة... وقد قام والتون في بعض محاولاته بأخذ المريضة إلىٰ معرض الجثث (المحنّطة) (Morgue) وتمَّ فحص حالتها عن طريق طبيب، وتمَّ فحص جثَّة داخل تابوت (Coffin)، كما تمَّ قطع رأس الجثَّة (Decapitation)... وتستخدم طريقة والتون في معالجة الوساوس، وحالات الخوف من القذارة، والخوف من التلوّث (Mysophobia)، وكمثال آخر علىٰ مدرج قلق وضعه والتون من أجل معالجة مريض يخاف من التقاط القمامة من علىٰ الأرض خشية التلوّث (Contamina) ما يلي:

١ ـ التقاط قطعة من الورق النظيف من علىٰ أرض نظيفة ودون أن تلمس الأرض.

٢ ـ تعاد المرحلة الأولىٰ، إلّا أن الورقة في هذه المرّة تكون مجعدّة ولا تدعو للراحة،

٣ ـ تعاد المرحلة الأولىٰ ولكن الورقة تلوّث بقليل من الحبر.

٤ ـ تعاد المرحلة الأولىٰ ولكن في هذه المرّة تقوم المريضة بلمس الأرض.

٥ ـ في هذه المرحلة تعاد المرحلة الرابعة ولكن الأرض في هذه المرّة تكون غير نظيفة تماماً أو كما ينبغي، ولكنها مسحت بقطعة قماش غير نظيفة.

٦ ـ إعادة المرحلة الخامسة ولكن دون محاولة إلىٰ تنظيف الأرض نهائياً.

٧ ـ هذه المرحلة تتضمّن التقاط قطعة من الورق النظيفة من أكثر من مكان علىٰ الأرض، ومع ملامسة الأرض.

وقد استخدمت هذه الطريقة من قبل عدد من الباحثين الذين انتهوا إلىٰ نفس المدرج تقريباً. من ناحية أخرىٰ إن أي أخصائي يريد استخدام المدرج الخيالي أو التصوري سوف يجد بأن المريض يجد صعوبة في السيطرة علىٰ تصوراته المطابقة للتعليمات التي يقدّمها إليه المعالج، وفي بعض المحاولات التي قام بها بيتش (Beech) بهدف معالجة خوف مرضي من القطّة (Cat phobia) طلب من المريضة أن تتصور وقوف قطّة أمامها على مسافة ستة أقدام، وكانت لدىٰ المريضة الإستعداد للتعاون، ولعمل ذلك، ولكنها لم تستطيع فعلياً أن تتصور القطّة وهي تسير نحوها[1]. وهذا ما أدىٰ إلىٰ درجة شديدة من القلق، إن مثل هذا النوع من المشكلات التي تعترض تطبيق مدرجات القلق تبدو أنها غير عادية، علىٰ الرغم من أن العرف قد لا يعتبرها ذلك.

ومن حيث المبدأ إن قضية تكوين (أو بناء) مدرجات القلق تبدو بسيطة الترتيب أو التنظيم، أمّا من الناحية العملية فالأمر يختلف، فهناك العديد من المشكلات الفنيّة والنظرية. التي ستظهر، ومثل هذه المشكلات عادة ما يتجاهلها المعالج السلوكي أو يعطيها قدراً بسيطاً من الأهمية، وإن الشيء المهم بالنسبة للمعالج السلوكي هو فيما إذا كان ما يقوم به يؤدي إلىٰ نتائج مفيدة أم لا من حيث تحسن حالة المريض.

(١) **ملاحظة**: من أجل فهم طريقة بناء مدرج القلق يفضل للقارىء الرجوع إلىٰ كتاب (الكف بالنقيض كطريقة في العلاج النفسي) للمترجم، منشورات دار القلم ـ بيروت (١٩٨٤)، حيث تمَّ عرض عدد من مدرجات القلق لحالات واقعية، بالإضافة إلىٰ مناقشة طريقة خاصة في بناء مدرج القلق لدىٰ المترجم يعتمد فيها علىٰ الجانبين التصوري والواقعي، وعلىٰ أسلوب القصة، والرسومات أو الصور، ثم المجسّمات والألعاب، ثم الانتقال إلىٰ الواقع.

الفصل الخامس
فنية الاسترخاء
(The Technique Of Relaxation)

الفصل الخامس
فنية الاسترخاء
(THE TECHNIQUE OF RELAXATION)

وفقاً للنظرية القائلة بأن أي إستجابة تعارض إستجابة القلق يمكنها أن تستخدم في عملية التحصين المنظّم التي تهدف إلىٰ العلاج، والواقع العملي يرينا بأن إختيار الإستجابة المضادة للقلق يعتمد علىٰ بعض الإعتبارات التطبيقية، علىٰ سبيل المثال إن الإستجابات الطعامية تكون أكثر ملائمة في معالجة حالات الأطفال، بينما الإستجابات الجنسية العاطفية تكون أكثر ملائمة لحالات اليافعين والشبّان، علاوة علىٰ ذلك فإن في حالة استخدام عملية تحصين منظّم وواقعي فإن عملية الإسترخاء العضلي (Muscular Relaxation) تفيد في منع إستجابة القلق علىٰ الرغم من أنّ ذلك يبدو مستحيلاً من الناحية الإجرائية وبالنسبة لبعض الحالات، بينما تصبح طريقة التحصين المنظّم الخيالي أو التصوري أكثر ملائمة وتحتل مكانة جيّدة في عملية الإسترخاء التي تبدو فيها خواص مثالية في مثل هذه الحالات، وطالما أن عملية الإسترخاء (الجسدي) واحدة فإننا سنعرض إلىٰ عملية إسترخاء قام بها العالم جاكبسون (Jacobson) عام (١٩٣٨) بهدف الوصول إلىٰ حالة إسترخاء مضادة لحالة القلق (والإنفعالات الحادة)، ودليل جاكبسون في ذلك أنّ الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها إرتباط بعملية التقلص العضلي التي ترافقها بشدّة، من هنا إستنتج جاكبسون بأن الإسترخاء العضلي يكون مضاداً لحالة القلق، وبمعنىٰ آخر هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لأيّة حالة وجدانية عاطفية، فإذا زال التوتر العضلي

فإن الفرد لم يعد يحتمل أن يصبح قادراً علىٰ معاناة الشعور الوجداني السابق، ومن أجل دعم هذا الإفتراض درس جاكبسون بين عامي (١٩٣٩ - ١٩٤٠) العلاقة بين درجة النبض (pulse Rate)، وضغط الدم (Blood Pressure)، اللذان يرتفعان في الحالات الإنفعالية، والإسترخاء التي هي ذات أهميّة في خفض ذلك. بالإضافة لذلك فقد أشار كل من كلارك (Clark) عام (١٩٦٣)، وولب عام (١٩٦٤) إلىٰ أن مقاومة الجلد (الكهربائية) وعملية التعرّق يمكنها أن تستخدم كوسيلة لقياس حالة القلق، كما تبيّن لهما أن مقاومة الجلد لمرور التيار الكهربائي (في حالة الراحة)، ولعملية التعرّق أيضاً يمكن أن تعتبر حالات مضادة للقلق، وذلك عندما يوضع الفرد في حالة الإسترخاء العضلي، ومهما يكن من أمر فقد تبيّن للعلماء أنَّ لفترة التدريب علىٰ الاسترخاء أهميّة كبرىٰ في هذا الصدد، حيث وجد أن لدىٰ بعض الأفراد صعوبة في الوصول إلىٰ حالة الإسترخاء المطلوبة، وغالباً ما يبدأ التدريب بفترات قصيرة تتم بعد مقابلة المريض، وتستمر عملية التدريب علىٰ الإسترخاء خلال عملية جمع المعلومات عن العوامل التي أدت إلىٰ مشكلة المريض، ومرحلة تكوين مدرج القلق، ومعظم المعالجين يرون بأن تقسيم جلسة المريض (العلاجية) يكون أكثر كفاية، ولا يؤدي إلىٰ حالة من الإرهاق لدىٰ المريض، وعلىٰ كل حال لا توجد هناك قواعد منظّمة ودقيقة بهذا الصدد، والذي يهم في هذه العملية هو المرونة (Flexibility)، وطبعاً قد يواجه المعالج بعض الصعوبات بالنسبة لبعض الحالات أو الأفراد، حيث يكون بعض الأفراد بطيئين جداً في الوصول إلىٰ المستوىٰ المطلوب من الاسترخاء، كما أنَّ البعض الآخر يحتاج إلىٰ وقت طويل من أجل معرفة أبعاد المشكلات التي يعانون منها، ووسطياً إن معظم الأفراد يجدون سهولة في الوصول إلىٰ حالة إسترخاء بعد مدة ستة ساعات ونصف من الجلسات، ويتم ذلك عن طريق تدريبهم المستمر ثم تكرار المراحل التي تمَّ التدريب عليها يومياً في المنزل.

وعادة يسبق التمرين علىٰ الإسترخاء بعض الإيضاحات عن كيفية عمل

الإسترخاء في الحالات العلاجية، إنَّ شرح المعلومات اللازمة وتقديمها للمريض له وظيفة هامة في التقليل من تساؤلات المريض والحد من تنازل المريض عن سيطرته علىٰ حالة الإسترخاء بسبب عامل طارىء، والواقع إن مشاعر المريض وتساؤلاته عادة ما تزول بعد فترة من التدريب، وأن معظم المرضىٰ يبدون تمتعهم بحالة الإسترخاء.

إن التوضيحات المبدئية تؤكد علىٰ قيمة عملية الإسترخاء في إزالة حالة القلق، ويجب إخبار المريض بأن المعالج سيحاول الوصول إلىٰ حالة من الهدوء العضلي أكثر مما نجده في حياة الناس العاديين، وإنَّ الفكرة الأساسية تكمن في دفع إنتباه المريض إلىٰ نوع من التغذية الإسترجاعية (Feed Back) من خلال جهازه العضلي، والتي عادة ما تحدث بشكل خفي، وبمعنىٰ آخر الهدف هو وضع نظام من التمارين بحيث يصبح المريض قادراً على التمييز بين حالتي التوتر العضلي والإسترخاء العضلي بوضوح، ثم تدريجياً يتدرب المريض على الوصول إلىٰ حالة من الضبط والسيطرة الشديدتين علىٰ عضلاته، ومن الضروري مراعاة شروط البيئة بحيث تسمح بإجراء عملية الإسترخاء مثلاً «الغرفة الهادئة، والخالية من كل ما يزعج أو من كل ما يقطع عملية الإسترخاء. . .» ومن الضروري الإشارة إلى أهمية نموذج الكرسي حيث يجلس المريض، بحيث يكون مريحاً، ومنجداً بشكل جيد، وليس بمرتفعاً كثيراً، ويسمح للمريض بالإستلقاء المريح، ويكون مرتفعاً قليلاً عند الرأس، أوله ظهر مرتفع قليلاً، وعادة يبدأ المعالج في تدريباته باسترخاء ساعدي المريض (The arms)، علماً أنه ليس هناك نظام ثابت بهذا الصدد، فقد يريد البعض من المعالجين البدء بالرأس أو بالقدمين، إلاّ أن المرضىٰ يفضلّون البدء بالساعدين، ويطلب من المريض أن يسترخي قدر المستطاع، وأن يستريح علىٰ كرسيّه تماماً، وبعد ذلك يطلب منه أن يمسك قبضته اليمنىٰ بشكل مشدود وبشدة. إلىٰ أن يشعر بفاعلية شديدة، ويحاول المريض زيادة شدّه علىٰ قبضته أكثر إذا تمكن من ذلك، ثم يحاول أن يتصور أو يشبِّه شعوره من حيث التوتر الشديد الذي وصل إليه، وبعد ثوانٍ

يطلب منه أن يسترخي ويدع قبضته تنفتح وتسترخي مع الساعد والأصابع والمعصم بحيث تحل كلّها وتتدلىٰ (Floppy)، وفي نفس الوقت يلاحظ المريض الفرق بين حالة التوتر وحالة الراحة، ثم يتكرر هذا التمرين مرة أو مرتين وحتىٰ يشعر المعالج بأن المريض إستطاع أن يكوّن فكرة عملية وتمكّن من الضبط والسيطرة علىٰ عضلات هذا الجزء من الجسم، وهكذا ينتقل المعالج وبنفس الطريقة إلىٰ تدريب المريض علىٰ استرخاء اليد اليسرىٰ ومقدمة الذراع، ثم يطلب من المريض أن يقوم بتدريب كلتا الذراعين

مع بعض، وذلك مع ضرورة بقاء باقي الجسم في حالة إسترخاء وراحة قدر المستطاع، ويستمر التدريب حتىٰ يشعر المعالج بأن المريض وصل إلىٰ درجة ملائمة من السيطرة علىٰ ذراعه من الأعلى والأسفل، وبعد ذلك يتحول المعالج إلىٰ القسم الأعلىٰ من الأذرع، حيث يطلب من المريض ثني ذراعه من المرفق (The Elbow) وحتىٰ يجعل العضلة الأمامية ذات الرأسين (biceps) بارزة ومشدودة قدر المستطاع، ويطلب من المريض أن يزيد من شدَّه وتوتره وأن يبقىٰ في هذه الحالة لمدة ثوانٍ، وبعد ذلك يطلب منه أن يسترخي ويدع ذراعه تسقط بشكل حر مع إسترخاء ودون أي توتر ما أمكن، وفي هذه الفترة يعطي بعض المعلومات عن إحساسه بعملية التوتر والإسترخاء والفرق بين الحالتين، ويتكرر هذا التمرين عدة مرات، مرة باليد الواحدة، ثم باليد الأخرىٰ، ثم باليدين معاً، وبعد ذلك يطلب من المريض أن يقوم بعملية تقلص للعضلة العليا الخلفية من الذراع ذات الرؤوس الثلاثة (Triceps)، وتعاد نفس المراحل السابقة من التقلص الشديد عن طريق فتح الذراع ومدّه باستقامة إلىٰ أقصىٰ حد، ثم الإسترخاء وحتىٰ يصبح التمييز واضحاً بين الحالتين قدر الإمكان، وبعد الإنتهاء من كل عملية يتأكد المعالج من أن المريض يستطيع أن يقوم بعملية استرخاء وتقلص صحيحة عن طريق إجراء إختبار بسيط وهو رفع الذراعين قليلاً ثم تركهم يسقطون علىٰ ذراع الكرسي حيث يمكن للمعالج أن يتعرف علىٰ درجة إسترخاء اليد بالنسبة لمريض متدرب، أمّا بالنسبة للمبتدىء فإن المعالج سيجد صعوبة في إلقاء ذراعه

بشدة علىٰ ذراع الكرسي.

وبعد ذلك ينتقل المعالج إلىٰ رأس المريض، ورقبته، مع تكرار عملية التقلص والإسترخاء قدر الإمكان، مع الإهتمام بعضلات الشفاه، واللسان، والفكين، والأنف، وفروة الرأس، والجبهة، وحول العينين، حيث تعالج كلّها بنفس الأسلوب والطريقة التي استخدمناها في عملية الذراعين، الشفاه مثلاً تضغط علىٰ بعض بشدّة مع بروز إلىٰ الأمام علىٰ شكل فم مزموم (زم الشفاه) (pursed) ثم بعد ذلك الإسترخاء، وكذلك العينين تثبت إلىٰ الأعلىٰ ثم إلىٰ الأسفل، اليمين ثم اليسار، بشدة ثم استرخاء، مع الإهتمام بعضلة الجبين جيداً، وهكذا عضلات الرقبة عن طريق ضغطها إلىٰ الأمام وإلىٰ الخلف، ومن ثمة إدارتها إلىٰ جانب ثم إلىٰ آخر، مع تكرار التمرين، ثم إعادة التمرين لجميع عضلات المنطقة مرة واحدة، وحتىٰ ينمو لدىٰ المريض أيضاً الإحساس بالفرق بين التقلص والإسترخاء، ويتبع ذلك بتدريب عضلات الكتفين (Shoulders) وذلك عن طريق رفع أحدهما ودفعه نحو الأمام، ثم سحبه نحو الخلف بشدة وحتىٰ يحصل المعالج علىٰ الدرجة المطلوبة من التوتر، يلي ذلك حالة من الإسترخاء، ثم عضلات الصدر (Chest) وبالإعتماد علىٰ عملية التنفس، أو عن طريق حركات ضغط داخلية علىٰ الطرف العلوي للأذرع والأكتاف، مع تنفس عميق يؤدي إلىٰ التوتر وزفير قوي يؤدي إلىٰ الإسترخاء. ثم يتناول المعالج المعدة (The Stomach) ويكون العمل هنا صعباً لحد ما من أجل تثبيت المعدة وتدريب الجوف الباطني لها، وتزداد الصعوبة بالنسبة للنساء، والهدف من هذه العملية جعل القسم الداخل للمعدة في حالة توتر ويتم ذلك عن طريق عملية شد المعدة وسحبها نحو الداخل باتجاه الظهر، ثم يأتي مرحلة الإسترخاء، ثم عضلات الظهر (The Back) والتي تدرّب عن طريق تقويس الظهر (Arching The Back) ثم الإسترخاء مع تكرارذلك عدة مرات. بعد ذلك يتم تدريب الركبة (Knee) عن طريق ثنيها قدر المستطاع حتىٰ تتقلص عضلات الردفين (Buttocks) ومن ثمَّ تدريب أصابع القدم (The Toes)، ثم بطّه الساق (Calves). . . .

ويلاحظ أن هذه العضلات التي ذكرت لا تمثل عضلات جميع الجسم، ومع ذلك فهي كافية من أجل إحداث عملية إسترخاء مضادة لحالة قلق غير حادة أو خفيفة (Mild anxiety)، هذا وقد استخدمت عدة طرائق لتحقيق هذا الهدف مثل الاعتماد علىٰ التنويم البسيط، وإحداث حالة من النشوة (Trance)، عوضاً عن عملية الإسترخاء آنفة الذكر، أو استخدام صوت خفيف هادىء ومتواتر. . .

ولا بدّ من إقناع المريض بعملية الإسترخاء، وأن يتعود أثناء عملية الإسترخاء علىٰ إغماض العينين لأن ذلك يساعد علىٰ حدوث عملية إسترخاء جيدة، وقد يكون ذلك بسبب عدم التأثر بالمثيرات داخل الغرفة، وتركيز إنتباه المريض جيداً على ما يقوله المعالج بشأن عملية التدريب، وقد تكون هناك مشكلة قدرة المريض علىٰ وصف حالته من التوتر أو الاسترخاء، ولا بدًّ عند القيام بعملية توتر عضلي في منطقة معينة من الأخذ بعين الاعتبار حالة العضلات المجاورة، بحيث يكون هناك ترابط بين عملية الاسترخاء والتقلص، مع مراعاة السلوك المتعلم السابق في كل عملية جديدة من التوتر والإسترخاء.

ويمكن بفضل التدريب تحقيق درجة جيدة من الإسترخاء، وبالرغم من أن التدريبات المقترحة لا تتناول جميع أعضاء الجسم، فإن المريض سيعتاد أن يصل إلىٰ مرحلة أفضل من الإسترخاء تخدم عملية تثبيط حالة القلق الخفيفة، إن هذه التمارين عبارة عن صورة مبسطة من التمارين التي أشار إليها العالم (جاكبسون)، وإن أية عملية إنسجام أو فهم للتفاصيل المتعلقة بطرق الاسترخاء سيؤدي إلىٰ النجاح، ولا يمكن الإدعاء أن هذا التكنيك المقترح هنا (أي طريقة جاكبسون) هو التكنيك الوحيد في الواقع، أو أنه أكثر التكنيكات فعالية في الحصول علىٰ مستويات مناسبة من حالة الإسترخاء، وما يمكن التأكيد عليه هو النتائج المفيدة التي يمكن الحصول عليها عن طريق الاستمرار والتتابع في العمليات التي أشرنا إليها، وعلىٰ كل حال هناك أسس، وقواعد محددة إضافية تدخل مع تعليمات الاسترخاء المقدمة

للمريض ولم يشر إليها، ولم يعرف حتىٰ الآن تماماً فيما إذا كانت هذه الأسس ضرورية للحصول علىٰ نتيجة مرغوب بها، ومع ذلك فإن بعض الخبرات تشير إلىٰ أن مثل هذه الأسس تضيف فعالية عامة للطريقة المتبعة، من هذه القواعد أو الأسس وأولها: الدور الذي يلعبه الإيحاء، ولا شك بأن معظم المعالجين السلوكيين يبدو أنهم يعتمدون علىٰ مبدأ قوة التأثير أو الإيحاء، وذلك في تعليماتهم الموجّهة للمريض، والتي تشير إلىٰ مشاعر من الإسترخاء حيث يطلب من المريض أثناء عملية تصوره للموقف المثير أن يرفع يده عندما يشعر بالإسترخاء التام، أو عندما يتحرر من مشاعر الشد والتقلّص، وقد وجد بأن النتائج المستمدة من العديد من هذه الحالات هي أفضل من الناحية الطبيعية من عملية التنويم (عن طريق الإيحاء) والتي تؤدي إلىٰ حالة شبيهة بالغَشْية بالإضافة إلىٰ حالة عميقة من الإسترخاء العضلي.

ويمكن القول بأن معظم الإدعاءات عن فاعلية الإسترخاء كانت بسبب مواجهة الإسترخاء للقلق، إن جزء من عملية الإيحاء يتضمن توفير الهدوء، مع صوت خفيف متواتر من قبل المعالج يهدف إلى إقناع المريض في الاسترخاء، والمريض في المراحل الأخيرة للتدريب يرغب في إغماض عينيه وهذا ما يسهّل عليه عملية الاسترخاء، وكما أشرنا في السابق فإن ذلك يبطل أثر المثيرات الموجودة داخل الغرفة، وهذا بدوره يساعد المريض علىٰ تركيز إنتباهه علىٰ الشي الذي يختبره (علىٰ المشهد المقدم إليه)، كما أن إغماض العينين يضيف فائدة أخرىٰ فهي تساعد التداعيات الماضية من الظهور مع حالة من الهدوء والراحة، وهناك نقطة هامة هي الحفاظ علىٰ إستمرارية الإتصال الشفوي مع الموضوع (المشهد) ومع حالة المريض المتعلقة بالإسترخاء، ومدىٰ التزامه بالتعليمات، علىٰ سبيل المثال ينصح المريض بشكل تدريجي ومستمر أن يحاول الوصول إلىٰ مستوىٰ أعمق من الإسترخاء، ولذلك من الضروري التأكيد علىٰ عملية الأحاسيس التي يشعر بها خلال عملية التوتر العضلي (التقلص) والإسترخاء، وعلىٰ المعالج أن يعدَّ نفسه لاستخدام كلمات (أو إشارات) معينة تساعد علىٰ نقل هذه الأحاسيس

والمشاعر والإتجاهات ـ المتعلقة بوضع الإسترخاء. . . ـ ويمكن أثناء حالة الإسترخاء إستخدام الأطراف (Limbs) من أجل وصف حالة الإسترخاء، هل هي ثقيلة (Heavy)، أو متدلاة (Floppy)، أو أنها رخوة (Loose)، ويمكن لحركة هذه الأطراف أن تشير إلىٰ حالة الإجهاد (التوتر والإنفعال)، إن استخدام مثل هذه الصفات، أو الأوصاف تختلف حسب أنماط المرضىٰ الخاضعين لعملية التدريب، ولكن جميع المرضىٰ يظهرون تحسناً وفائدة من توجيهات المعالج حول ذلك.

أخيراً إن التعليمات المقدمة خلال دورة التدريب سيكون لها الفائدة، وخاصة بعد عدة جلسات حيث تجعل الفرد يشعر بأن مناطق الجسم منفصلة عن بعض (بسبب تقلص وشد عضلات معينة)، وعلىٰ سبيل المثال فإنه عند معالجة عضلات البطن (أثناء فترة التدريب) فمن المفيد الإشارة إلىٰ العضلات الأخرىٰ التي درّبت سابقاً علىٰ الإسترخاء (والشد)، ومن الضروري تذكير المريض من أجل استرخاء أكبر قدر من العضلات، ويمكن إجراء تدريبات جديدة تدّعم التدريبات الإسترخائية السابقة، كما تدّعم موقف الإسترخاء في نفس الوقت.

الفصل السادس
طريقة إزالة القلق
(A Method For Elim ination Anxiety)

الفصل السادس
طريقة إزالة القلق
(A METHOD FOR ELIMINATION ANXIETY)

مريض عمره يقارب الخمسين يرتدي لباساً أنيقاً، مستلقياً براحة علىٰ كرسي، العينان مغلقتان، والتنفس طبيعي، والأطراف مجموعتان، بدا عليه شيء من الإسترخاء، وكان المعالج قد طلب منه أن يتصوّر نفسه أنه يمشي في قطار تحت الأرض باتجاه محطة معيّنة، وأن عليه أيضاً أن يتصوّر مشهداً بأن أبواب القطار مغلقة خلفه، وأن القطار بدأ يتحرك خارج المحطّة التي يريدها المريض، أثناء ذلك ظهر علىٰ المريض بعض العلامات الفسيولوجية التي تدل علىٰ عدم راحة المريض، وعلىٰ إثارته، ومن ثمّة تحركت سبابة اليد اليمنىٰ للمريض لتشير إلىٰ أنه بدأ يعاني من القلق، وفي الحال أخبر المعالج المريض بأن ينهي المشهد الذي يتصوره، وأن يعود إلىٰ حالة من الإسترخاء والهدوء، وبعد عدة لحظات طلب من المريض أن يعود مرّة ثانية لتصور نفس المشهد، إن هذا المريض هو رجل أعمال ناجح، وكان يشعر بضيق شديد عندما يحاول أن يتنقل بواسطة المواصلات العامة (وخاصة القطارات).

والآن أصبح يشعر بأنه استطاع أن يفعل شيء ما تجاه مخاوفه ولو بصورة جزئية، حيث أنه أثير بتصوراته ونجح في التغلب علىٰ ذلك، إنّ المتطلبات التمهيدية للعلاج قد تمّت، ومدرج القلق أصبح جاهزاً، والإجراءات العلاجية أصبحت ملائمة للعمل، وهي تتضمّن عمل بعض

المشاهد والتصورات حسب جدول منظّم، وتحت ظروف معينة، مفضلة من أجل كف الخوف، وفي مثل هذه الحالة وجد المعالج أن عملية الإسترخاء التام مناسبة في هذه الحالة كإستجابة مضادة، والمعالج يعمل حسب خطة منظمة بحيث تكون كل نقطة في مدرج القلق تستجر أو تخفف نسبة قليلة من الخوف، وذلك بمساعدة عملية الإسترخاء، وعندما تحدث عملية كف الخوف، يعاد الموقف عدة مرات، بعد ذلك يتقدم المعالج علىٰ مدرج القلق خطوة أخرىٰ، وهكذا حتىٰ تصبح درجة الخوف الشديدة تدريجياً ضعيفة وتزول، وعادة يعطىٰ المريض التعليمات بأن يرفع إصبعه إذا شعر بقلق شديد، وهذه الإشارة تفيد المعالج في معرفة أيٍّ من الإستجابتين (الإسترخاء أم القلق والخوف) هي الأقوىٰ، وإلاّ إضطرَّ المريض إلى إستعادة الأحداث السابقة كلّها ثانية وحتىٰ يتم التعرّف فيما إذا تمَّ نسيان أو ترك عنصراً أو مشهداً ما، ويرىٰ البعض بأنه من المفضل بالنسبة للمريض استخدام إشارة أخرىٰ غير الإصبع لكي لا يحرّك جسده وبالتالي تتغير درجة الإسترخاء لديه، وأحياناً لا يستطيع المريض أن يستحضر في ذهنه مشهداً معيناً لسبب أو لآخر، وهذا ما يجعلنا نشك فيما إذا كان المريض ناجحاً في الوصول إلىٰ عملية تصور جيدة أم لا، ويمكن للمريض أن يشير إلىٰ ذلك عن طريق رفع سبابة يده اليسرىٰ، وأحياناً يبدو للمعالج أن المريض أصبح أكثر تثبتاً عند مشهد من المشاهد، وأن المقدرة علىٰ تصور مشاهد جديدة قد كفّت تماماً (totally inhibited)، وعندما يفهم المريض هذه التعليمات جيداً فإن المعالج يستطيع الوصول إلىٰ عملية إسترخاء تامّة، وتصبح عملية تصور مشاهد جديدة أكثر سهولة، كما يمكن للمعالج أن يختبر قدرة الفرد علىٰ تصور مشاهد جديدة طالما تحقق له الإسترخاء الجيد، إن معظم الناس يتعرضون إلىٰ صعوبة بسيطة في الوصول إلىٰ صورة واضحة لأنفسهم مثلاً عندما يكونون في حالة استلقاء علىٰ ضفة نهر مغطاة بالعشب وفي يوم حار، ويستمعون إلىٰ صوت ماء الجدول وهي تتدفق على الصخور، والشعور بلذّة النعاس (Drowsy). . . من الطبيعي أن تصور مثل هذا المشهد قد يكون غير مرضياً من قبل فرد يخاف من الحشرات (insects)، ويعْلَمْ المريض بأنه في حال

إستطاعته تخيّل مثل هذا المشهد في ذهنه وبشكل واضح عليه أن يشيربسبابة يده اليسرىٰ، إلاّ أن المعالج في بعض الأحيان يريد أن يستعلم حول صفات هذه المشاهد، وعندما يقرر المعالج مع المريض ذلـك، ومن أنّ المريض يتصور المشهد بشكل جيد ويسيطر عليه، ينتقل إلىٰ النقطة الأولىٰ في مدرج القلق، ويُعْلَـمْ المـريض بذلـك، وبأن تصـور المشهد ليس من أجـل إثارة الخوف والقلق، ولا من أجل إنقاص حالة الإسترخاء لديه، وعليه إذا شعر بالقلق أن يشير بسبابة يده اليمنىٰ، ومن الملاحظ أن المعالجين يختلفون فيما بينهم من حيث درجة المعلومات والتفاصيل المقدمة لمرضاهم، وطبيعي أنَّ اختلاف المرضىٰ يتطلب مستويات مختلفة من التفاصيل الشفهيـة من أجل الوصول إلىٰ عملية تصور مرضية، وعادة تكون التفاصيل والتعليمات التي لا علاقة لها بالموضوع مؤدية إلىٰ حالة من التصور المشوّه والبليد (Sluggish)، مثلاً إن تخيّل صوت صرير الباب (Creaks) نتيجة حركـة هذا البـاب علىٰ مفصلاته (Hinges)، أو سماع صوت سحب أو جر كأنما الباب قد فتح يعتبر من الأمور الهامّة في حالة إثارة مشهد لصورة تتضمّن الخـوف من القطّة، والبعض الآخر من المرضىٰ يحتاج إلىٰ تصور مشهد دخول القطّة من الباب فقط من أجل إثارة درجـة من القلق والخوف. . . ولا بـدَّ من تكرار نفس المشهد عدة مرات وحتىٰ يألف المريض المشهد ويزول القلق تدريجياً.

وفي هذا المجال قـد نلاحظ بعض المعـالجين ينتقلون مباشـرة إلىٰ مرحلة أخرىٰ تالية دون أن يتأكدوا فيما إذا كان القلق المصـاحب للمرحلة السابقة قد زال نهائياً أم لا؟ حيث إنه إذا صح ذلك فإن القلق المتبقي في المرحلة السابقة في المشهد (أ) سوف يضاف إلىٰ المشهد الذي يطلب من المريض تصوره في المرحلة التالية (ب)، وهذا ما يجعل عملية كف إستجابة الإسترخاء لإستجابة القلق صعبة.

ولنفترض أن المريض حسب التعليمات الموجهة إليه قد أشار بإصبعه إلىٰ أنه يدرك المشهد المقرر تصوره بصورة واضحة، ولم يشر إلىٰ درجـة القلق، ففي هذه الحالة سيسمح للمريض بأن يبقي علىٰ حالته هذه مدة (٥ ـ

١٥) ثانية، ثم توجه التعليمات بإنهاء هذه الحالة وأن يركز المريض إنتباهه علىٰ حالة الإسترخاء، وأن يعطىٰ قليلاً من الوقت من أجل ذلك، وفي نهاية الوقت يعطي المعالج التعليمات للمريض بأن يعيد تصور المشهد ثانية، وبعد نهاية كل وقفة يستفسر المعالج بصورة شفوية عمّا إذا كان المريض لم يتعرض إلىٰ أي من الصعوبات التي قد تنشأ من عملية تغيير المشهد أو الانتقال إلى حالة الإسترخاء، وعادة يتكرر نفس المشهد عدة مرات وفي نفس الأسلوب بنجاح، كما تتوزع الفترة الزمنية علىٰ كل قسم من الأقسام التالية، إستحضار المشهد فعلياً (Presentation)، وقفة، إسترخاء، وقفة، ويجب أن تكون الفترة الزمنية مرنة وتدور دائماً حول الثواني، كما أنه يجب علىٰ المعالج أن يستخدم حكمته في الحكم علىٰ شدّة القلق التي يتعرض إليها المريض، وليس من الضروري أن يتبّع المعالج نظاماً محدداً من الإشارات التي قد يبديها المريض، إلّا أنه في نهاية المشهد الأول قد يسأل المريض عن تصوراته وعن درجة القلق التي يتعرض إليها، وقد لا يخيب ظن البعض في معرفة أنَّ قسم من القلق قد ضعف ودون إبداء أية إشارة (رفع سبابة اليد اليمنىٰ)، وهذا يدل علىٰ أن درجة القلق ضعيفة وغير مؤذية، وبعد أن يحصل المعالج علىٰ الصفات المطلوبة يمكنه أن ينتقل إلىٰ مشهد آخر، ويمكنه أن يختار مشهداً يدور حول نقطة معيّنة، توجد علىٰ مدرج القلق، أو أنه يعيد عرض موقف أكثر إثارة للقلق من الموقف السابق ـ في حالة إعطاء مستويات للمثير الأصلي المؤدي للقلق ـ ومهما كان الأمر فإن العملية تبقىٰ كما هي في السابق تماماً، عرض قصير للمشهد، ثم وقفة، ثم تلقي تعليمات الإسرخاء، ثم وقفة، وتدريجياً يتم الإنتقال من مشهد إلىٰ آخر حتى تنتهي جميع المراحل (النقاط) الموجودة في مدرج القلق، وعلىٰ أساس أن كل مرحلة من هذه المراحل قامت بعملية كف جزء من شدة القلق (الأصلي)، وحتىٰ يتم الوصول إلىٰ المشهد الأخير الذي هو موضع الإهتمام، والذي يصاحبه كمية ضئيلة من القلق وذلك بسبب إختصار العمليات السابقة لشدة القلق التي أصبحت ضعيفة في المشهد الأخير، ولا يمكن نتيجة لعرض هذه المشاهد العلاجية أن نقرر بأن المريض قد شفي

تماماً وتخلص من مخاوفه وقلقه إلّا إذا كان الفرد المريض من النوع العادي، حيث أن الأفراد العصابيين (مرضىٰ نفسانيين) يتطلبون علاجاً أطول مدة.

وهناك نقطة أخرىٰ علىٰ مستوىٰ من الأهمية في مجال العلاج، وهي معرفة كم من المراحل (أو المشاهد) يمكن للمعالج أن يقوم به خلال جلسة علاجية واحدة، بمعنىٰ آخر ما هي الفترة الزمنية اللازمة في الجلسة العلاجية لعلاج نقطة في مدرج القلق؟ الواقع أنه لا يمكن الإجابة عن ذلك بدقة دون الرجوع إلىٰ التجربة الإكلينيكية، وحيث لا يوجد هناك دليل تجريبي لأي إشارة بهذا الصدد من قبل علماء النفس، ولكن يمكن القول أن الموقف العلاجي يتطلب كثيراً من المرونة، حيث لا توجد هناك معلومات كميّة محددة، وإنما توجد مقترحات إكلينيكية يبدو أن لها علاقة بنجاح العملية العلاجية، قد يصادف المعالج في بعض الحالات أن هناك موضوعاً معيناً أو فكرة تتطلب عناية علاجية أكثر من غيرها، وهذه حالات إستثنائية أكثر من كونها قاعدة عامة كما في حالات الأفراد العصابيين، أو كما في حالات بعض الناس العاديين، وغالباً ما يكون هناك عدة حقائق أو أفكار تجعلنا نقرر كم من هذه المواضيع (الموجودة في مدرج القلق) يمكننا أن نعالج في الجلسة العلاجية الواحدة؟ وهل سنحاول القيام بمعالجة موضوع واحد، أم موضوعين، أم ستة مواضيع أم أكثر. . .؟

إن عملية الإختيار هذه تعتمد بشكل أساسي علىٰ الوقت المتوفر، وحسب رغبة المعالج، وحالة المريض، بالإضافة إلىٰ عوامل أخرىٰ، وبصورة نموذجية عادة ما يقوم المعالج بعلاج موضوع واحد أو موضوعين خلال جلسة العلاج، وقد يكون هناك وقت إضافي لمعالجة أكثر من ثلاثة مواضيع.

نستخلص مما سبق أن كل موضوع أو فكرة (مثيرة للخوف أو القلق لدىٰ المريض) تتطلب عملية بناء لمدرج قلق يحتوي علىٰ مشاهد معيّنة (Scenes)، كل منها يؤدي إلىٰ درجة كبيرة أو قليلة من القلق لدىٰ المريض، والسؤال الذي يرد الآن كم من الوقت يجب أن يستغرق تقديم هذه المشاهد إلىٰ المريض في جلسة علاجية واحدة؟

إذا كان المشهد غير ناجحاً، وأن القلق قد إزداد بوضوح عندما أعيد تصوّر نفس المشهد كان من واجب المعالج إتخاذ إجراء مناسب، وأن يقف عن محاولة تقديم أيّ مشاهد أخرىٰ، وعلىٰ كل حال إذا افترضنا أنه تمَّ وبدقة بناء مدرج قلق، وأن المريض بإمكانه أن يتنبأ بدقة عن القلق الذي قد يستثار في مختلف المواقف، فإن تقديم مشهد معين يكون بالمتوسط حوالي (٣ ـ ٤) مرات، ويكون ذلك كافياً، ويفضًّل إعتبار هذا المتوسط كأقل ما يمكن، وإذا كان هناك شك حول تصورات المريض فيمكن للمعالج زيادة هذه النسبة.

أمّا عن مشكلة كم من المشاهد يمكن أن يقدم المعالج خلال جلسة العلاج الواحدة، فهذا يتعلق بصورة أساسية بالوقت المتوفر، وعادة تدوم جلسة التحصين المنظَّم في أي حالة حوالي (٢٠ ـ ٦٠) دقيقة، ويمكن أن تطول هذه الفترة إذا وجد هناك ما يتطلب ذلك كأن يريد المريض أن يعالج خلال الأسبوعين من عطلته السنوية، وعادة فإن فترة (٢٥) دقيقة التي تناسب جلسة العلاج تسمح بتقديم (٤ ـ ٥) مشاهد، ولكن مرة أخرىٰ لا توجد هناك توصيات ثابتة يمكن لمعالج أن يعتمد عليها في قراراته، وإن المشهد عادة ما يقدم خلال ثوانٍ معدودة من (٥ ـ ١٥) ثانية، هذا علىٰ الرغم من ترك الحرية للمعالج من أجل التصرف في ذلك وحسب ما يراه مناسباً، فهو قد يجد بأن العرض المختصر للمشهد يكون أكثر تعقلاً وحذراً في بعض الحالات وحيث يشك بأن مشهداً معيناً سيؤدي إلىٰ قلق أكثر مما هو متوقع، أو ظهور درجة من القلق غير متوقعة.

وفي الحالة الأخيرة علىٰ المعالج إنهاء المشهد، وأن يحاول العودة بالمريض إلىٰ وضع من الإسترخاء التام، بسرعة وبالقدر المستطاع. إن تتابع تقديم المشهد، مع الوقفة، ثم الإسترخاء عادة ما يتبعه فيما بعد راحة، ويطلب من المريض أن يستمر في حالة الإسترخاء قبل أن يعيد تصور نفس المشهد أو قبل أن ينتقل إلىٰ مشهد آخر، ووقفة الإستراحة عادة ما تكون طويلة أكثر من الوقفة بين تقديم المثير وعملية الإسترخاء، ويمكن أن تدوم

الإستراحة لمدة نصف دقيقة، والواقع أنه لا يوجد قاعدة أساسية حول فترة الإستراحة، ولكن يمكن القول أنه علىٰ الأقل يوجد أكثر من سبب واضح يشير إلىٰ أن هذه الفترة يجب أن لا تكون قصيرة جداً، إن التجارب التي أجراها العالم نابلكوف (Napolkov) (١٩٦٣) بالرغم من أنها لم تجرىٰ علىٰ عينات بشرية انتهت إلىٰ أن طول فترة الإستراحة التي تفصل بين إشارة وجود القلق وبين المرحلة التالية لها أثر مهم في تقرير فيما إذا كان القلق سيزداد أو سينقص فيما بعد، فإذا ظهر القلق نتيجة لإشارة ما، فإننا سنحتاج إلىٰ إطفاء هذا القلق قبل أن تعطىٰ الإشارة الثانية، حيث أن القلق الذي يظهر في المناسبة الأولىٰ بإمكانه أن يعزز ظهور القلق في المرحلة التالية، ثم إن تتالي الإشارات القلقية يمكنها أن تعطينا فكرة عن التراكم الحاد للقلق الذي يتعرض إليه المريض، وإذا أردنا تجنب خطر الزيادة في القلق بسبب استجابة غير تكيّفية، (وعوضاً عن وضع خطة لإنقاص هذا القلق)، فإنه من الضروري أن نمنح لهذا القلق الشديد الفرصة من أجل أن يتبدد (Dissipate)، لذلك فإن أي مشهد يصاحبه نوع من الإضطراب الشديد يجب أن يتلوه وقفة طويلة من الإسترخاء والراحة.

وهناك أيضاً مشكلات تنشأ من عملية الإنتظام في الجلسات العلاجية التي يتعرض إليها المريض أسبوعياً، علىٰ سبيل المثال قد يكون المريض محتاجاً للسفر مسافة ما، أو أنه يصعب عليه أن يقتطع فترة من وقت عمله... وهكذا، ولا بد أن تؤخذ بعض الإعتبارات حول إمكانيات المريض، وعادة بالإمكان مقابلة المرضىٰ في مناسبات عديدة وكل يوم، أمّا بالنسبة لبعض الحالات التي تعالج بواسطة العلاج بالكراهية أو النفور (Aver-sion therapy) فإنه من الضروري النظر في حالة المريض العلاجية عدة مرات في اليوم الواحد، أمّا من حيث ما يوصي به المعالجون في أن يكون العلاج يومياً أو أسبوعياً فإنه مبني علىٰ تخمينات عامة قد ترتكز علىٰ بعض البراهين البسيطة، وربّما يكون التكرار المفرط (بالنسبة لبعض المرضىٰ) يؤدي إلىٰ حفظ فاعلية عالية عن طريق التقدم الملموس، ومن خلال إعادة قائمة الأشياء

التي من المفروض علىٰ المريض أن يفعلها وأن يتذكرها، كما أن ذلك يقلل قدر المستطاع من إمكانية قيام عملية إعادة تعلم للعادة العصابية (الشاذة) عن طريق إهمالها.

وهناك محاولة تهدف إلىٰ الإستفادة من المشاعر العامة (Common Sense) من أجل تقرير مدىٰ فاعلية أو نجاح عملية التكرار التي تناسب الوضع العلاجي بشكل دقيق وأكثر موضوعية، وهذه المحاولة قادت الباحثين إلىٰ المقارنة بين النتائج العلاجية المترتبة علىٰ الأداء المكثّف (Massed)، بنتائج العملية العلاجية المترتبة علىٰ الأداء المتباعد أو الموزع (Spaced)، والواقع أن المجرّب العادي في مجال التعلم (Learning) بإمكانه أن يثبت (Demonstrate) بأن عامل الوقت هام في التعلم، حيث أنه يبدو بأن هناك أشياء (عضوية عصبية ونفسية) تحدث في فترات الإستراحة عقب فترات من التدريب، والتي تساهم في تثبيت ما تمَّ التدريب عليه، أو الاحتفاظ به، ومع أننا لا زلنا قاصرين على معرفة طبيعة هذه الأشياء التي تحدث إلاّ أنه من المؤكد أن توزيع التدريب يسهّل عملية التعلم ويزيد من قدرة الفرد علىٰ الإحتفاظ، لذلك فإن محاولات المعالج إذا كانت متعددة وقصيرة أي موزعة ومتباعدة (عرض قصير للمشهد المخيف ثم وقفة، ثم راحة واسترخاء) (Spacing) تكون أكثر فائدة بالمقارنة بإجراء محاولة واحدة مكثفة (Massing) (أي تقديم نفس المشهد عدداً من المرات المتتالية)، ويمكن توقع نفس الشيء بالنسبة لإجراءات العلاج السلوكي، وهذه النتيْجة يمكن أن تترك أثرها لدىٰ المعالجين في إختيارهم لمنهج الجلسات العلاجية القصيرة (Short therapeutic Sessions).

ولكن الصعوبة تبقىٰ في تحديد كيفية تطبيق مبدأ التدريب الموزع في هذا المجال العلاجي، وتحديد العناصر التي ستتكون منها جلسة العلاج القصيرة، وكذلك معرفة كم من الجلسات العلاجية القصيرة نحتاج من أجل الوصول إلىٰ تحقيق فعالية أكبر مما هي عليه في الجلسات الطويلة (التدريب المكثّف).

والواقع أنه لا يوجد لهذه الإستفسارت إجابات واضحة في الوقت الحاضر، ولكن هناك نتائج بعض الدراسات التي أجريت بهذا الصدد، والتي من المحتمل أن يكون لها قيمة في هذا المجال، من هذه الدراسات الدراسة التي قام بها رامسي (Ramsay) عام (١٩٦٦) حيث قارن بين نتائج نموذجين من التدريب الموزع (Spaced Practice)، والتدريب المكثّف (Massed Practice)، وقام رامسي بتحديد واحد وعشرين (٢١) موضوعاً من الموضوعات المثيرة للمخاوف الحيوانية (مدرج القلق) من أجل التدريب علىٰ كفّها وإبطال تأثيرها.

وفي حالة التدريب الموزّع ـ أو الفاصلي ـ كان يختار لكل موضوع من الخوف مثيرين علىٰ مدرج القلق، يتم معالجتها. من خلال عملية التحصين المنظّم ـ التي سبق أن أشرنا إليها ـ وكان كل مثير يعرض عشرين مرّة في فترة زمنية تقدر بعشرين دقيقة، وخلال جلستين علاجيتين بالنسبة لكل مثير، أي يقوم المعالج بإجراء أربع جلسات علاجية، والشكل التالي يوضح ذلك.

جلستين علاجيتين ← مدة (٢٠) دقيقة ← إحضار المشهد ← مثير أول ← الخوف من العنكبوت
(٢٠) مرة.

جلستين علاجيتين ← مدة (٢٠) دقيقة ← إحضار المشهد ← مثير ثانٍ ← موضوع الخوف مدرج القلق
(٢٠) مرّة

أمّا في التدريب المكثّف فقد كان رامسي يقوم بإحضار كل مثير (من المثيرات السابقة) (٤٠) مرّة وخلال عدد من الدقائق يتجاوز المدّة الزمنية لجلستين علاجيتين، أي لفترة تتجاوز (٤٠) دقيقة. وقد وجد رامسي أن كلتا الطريقتين في التدريب الموزّع والتدريب المكثّف تؤديان إلىٰ خفض درجة الخوف، إلاّ أن الطريقة التي تعتمد علىٰ الجلسات المتباعدة ـ الموزعة ـ كانت أكثر كفاية، ويبدو أنّ هذه النتيجة مخالفة لما توصل إليه العالم جوزيف وولب بأن الجلسات المتباعدة في العلاج لا تشكل مسألة هامة، وعلىٰ كل

حال تبقىٰ هناك صعوبة في تقرير فيما إذا كانت الجلسات الموزعة تناسب أي فرد أو أي مريض كان، وكذلك يصعب علينا أن نقرر تجاه العدد الكبير من الجلسات التي يقوم بها المعالج أيٍّ من هذه الجلسات تساعد علىٰ إزالة عرض ما أو مجموعة من الأعراض(Combination of Symptoms)، بمعنىٰ آخر معرفة أيٍّ من الجلسات كان لها دور كبير في إزالة عَرَض ـ بفتح العين والراء ـ ما، ومن سوء الحظ أن الإجابة عن هذه الإستفسارات في أحوال كثيرة تتعلق بحالة المرضىٰ وإهتماماتهم، وسيكون من الواضح لدينا أنه إذا أمكننا أن نقيّم المبدأ الذي تعتمد عليه طريقة الكف بالنقيض ـ أو الكف المتبادل ـ فإنه هناك مشكلات عملية ستواجه المعالج أثناء التطبيق، وهذه بدورها تقرر ما يمكننا أن نحصل عليه أو نكتسبه من عملية العلاج.

ويبدو أنه حتىٰ هذا الوقت لا توجد طريقة مفيدة تساعد في التنبؤ بالوقت النموذجي الذي تتطلبه عملية التحصين المنظَّم، هذا بالرغم من وجود بعض الإقتراحات التي انتهت إليها بعض الدراسات، وسنرىٰ ذلك في الفصل التالي، في معالجة حالة من الحالات، حيث نجد مرّة أخرىٰ المعالج يعتمد علىٰ خبرته، وعلىٰ حدسه في هذا المجال.

وسننتقل إلىٰ بعض المشكلات الأخرىٰ الأكثر وضوحاً، والتي تشكل عقبة في مثل هذا الشكل من العلاج، واحدة من هذه المشكلات الأكثر تكراراً هي التي تتعلق بمشكلة الإسترخاء (Relaxation)، حيث أن بعض المرضىٰ لا يستطيعون الوصول إلىٰ المستوىٰ المطلب من الإسترخاء الذي يساعد علىٰ كف القلق بصورة كافية، ويبدو أن ذلك يساهم فيه ولحد ما العوامل اللا إرادية(Unwillingness) التي تصرف أذهاننا نحو بعض الإفتراضات التي تشبه لحد ما الإفتراضات المتعلقة بعوائق عملية التنويم المغناطيسي (Hypnosis)، ومن المؤكد أن هؤلاء الذين يفشلون في تحقيق عملية الإسترخاء يبدو عليهم أنهم ليسوا قادرين علىٰ تحقيق حالة من السيطرة والضبط، وفي مثل هذه الحالة علىٰ المعالج أن يعيد التأكيد حول متطلبات المريض الغير متوفرة في موقف العلاج، وربما يكون السبب في ذلك هو

وجود آخرين غير المعالج، أو ربّما وجـود الجنس الآخر (Different sex)، وفي مثل هذه الحالات يكون التدريب علىٰ الإسترخاء سطحياً، والمريض في واقعه لا يستطيع الوصول إلىٰ المهارة المطلوبة في ضبط عضلاته ـ من حيث التقلص والإسترخاء ـ، وفي مثل هذه الحالة الأخيرة يكون الحل سهلاً وأكثر وضوحاً وعن طريق التدريب الذي يجرىٰ للمريض قبل أي خطوة يخطوها المعالج، وعلىٰ كل حال هناك طرقاً أخرىٰ يمكننـا أن نوضحهـا وتفيد في تفادي مثل هذه الصعوبة، من هذه الطرق التخلّي عن عملية التحصين أو التبليد التصورية أو الخيالية، والتحول نحو العلاج الحيـوي الواقعي (Vivo Therapy)، وفي مثل هذه الحالة فإن المعالج يختار إستجابة ما مضادة للقلق غير إستجابة الإسترخاء، ويمكن للمعالج أن يعتمد في محـاولته من أجـل خفض حـالة القلق لـدىٰ المريض علىٰ الـطرائق الكيميائيـة، حيث يمكن استخدام العقاقير لتخفيض درجة قلق المريض ـ مثل المهدئات ـ هذا بالرغم من أن المشكلة هنا هي أن خفض درجة القلق لدىٰ المريض بواسطة العقاقير يؤدي إلىٰ إضعاف قدرة المريض علىٰ التعلم من خلال الموقف، وكما أشار العالم فرانك (Franks) عام (١٩٦٠) بأن هناك دليل واضح علىٰ أن استخدام نوع معين من العقاقير يفسد القدرة علىٰ التعلم ـ في المواقف الطبيعية ـ وإن استخدام العقاقير يجعلنا لا نحتاج إلىٰ عملية كف القلق عن طريق التعلم المتكـرر، والذي يحـدث تحت شروط من الضعف التـدريجي في درجـة القلق، إن العالم جوزيف وولب يؤيد بشدة إستخدام العقاقير، وغاز ثـاني أكسيد الكربون وخاصة (Carbon dioxide gas) في الحالات التي تعاني من قلق شديد، ويقترح (وولب) بعض الإجراءات التي تساعد علىٰ خفض مستوىٰ القلق وتحقيق الراحة للمريض، وتعتمد هذ الإجراءات علىٰ إنشاء علاقة أن إشارة معيّنة تشير إلىٰ حالة خفض القلق، مثلاً يعرَّض المريض إلىٰ صدمة كهربائية من قبل المعالج، وبحيث تقف هذه الصدمة كلّما أو عندما يتفوّه المريض بكلمة معيّنـة، وبهذا يتكـوّن لدىٰ المـريض بعض الإرتباطات بين عملية التعبير أو التفوّه وبين الشعور بالراحة بسبب إنتهاء الصدمة الكهربائية، وبهذا يمكن للمريض أن يتدرب علىٰ تقليل شدّة الحالات الـوجدانيـة في

المواقف المقبلة عن طريق استخدام نفس الكلمة أو اللفظ الذي أراحه من الصدمة، مثلاً كلمة (Nev)، فإذا وجد المريض نفسه أنه ليس بإمكـانه أن يسترخي خلال عملية التدريب علىٰ الإسترخاء، فإنه بإمكانه إستخدام الكلمة (Nev) التي تساعد في خفض حالة القلق، وهذه الإجراءات تؤدي إلىٰ مشكلة علىٰ قدر كبير من الخطورة وهي أن المريض لم يعد يستطيع أن يميّز بين القلق الناتج عن الصدمة، والقلق الناتج عن جلسة التحصين المنظّم.

وهنـاك مشكلة أخرىٰ وهي أن المـرضىٰ يختلفون في قـدراتهم علىٰ التصور ـ تصور المشهـد المخيف ـ وأنَّ البعض منهم لا يستطيـع تصوّر أو تخيّل دويَّ الرعد الذي يخاف منه، وهم إن فعلوا ذلك كان تصورهم غير واقعياً أو منطقياً، ويرىٰ وولب بأن القليل من التوجيه أو التأثير الفكري يمكن أن يساعد علىٰ التخيف من هذه المشكلة، وقد وجد وولب أن (٩٠٪) من المـرضىٰ في الولايـات المتحدة الأميـركية وفي جنـوب أفريقيـا يستطيعـون الوصول إلىٰ عملية تصور واضحة دون أية صعوبة في ذلك، بينما النتائج الإنكليزية في هذا المجال كانت ضعيفة لحد ما.

وعلى كل حال يمكن الإستعانة في مواجهة مثل هذه الصعوبات بثلاثة تدريبات عملية:

أولاً : محاولة التمثيل في إحضار المشاهد، وذلـك عن طريق اختيـار كلمات أو مثيرات معيّنة (يمكن أن تسجّل علىٰ شريط تسجيل مثل صوت الرعد. . .).

ثانياً : يمكن للمعالج أن يقـوم بمحاولة إستخدام التنـويم المغناطيسي من أجـل أن يوحي (أو يحقق لـدىٰ المريض) ـ أوِ يُـدْخل في تصورات المريض أو خيالاته مشهداً معيناً.

ثالثاً : يمكن للمعالج في جلسات التحصين الواقعي أو المباشر والتي تشمـل علىٰ مواقف الحيـاة الواقعيـة أن يقـدّم المثيـرات علىٰ مراحل وبأشكال متدرجة من الشدّة.

أخيراً إن هناك أهم مشكلة تواجه المعالج وهي عندما يعي المعالج بأنه بعد هذا الجهد لا يوجد هناك أيّ تحسن ملحوظ، وإن تقييم عملية التحصين المنظم يتقرر بمدىٰ نجاح العلاج أو فشله.

إن حالة السيدة المسيطرة التي قام وولب بمعالجتها تعتبر من الأمثلة الحيّة علىٰ ذلك. ومثل هذه الحالات كثيراً ما تتكرر، ويبدو أن المشكلة تنشأ من النقص في تكوين وجمع المعلومات الأساسية المتعلقة بالصعوبات التي يعانيها المريض، كما تنشأ هذه المشكلة من النقص في تفسير هذه المعلومات وفهمها، ومن الطبيعي أن الفضل في تحقيق تقدم في العلاج يمكن أن يعزىٰ لنفس الأسباب بالإضافة إلىٰ الأخطاء التي قد يرتكبها المعالج، ومن الإحتمالات الواردة أن فنيات التحصين المنظّم سواء أكانت خيالية أم حيوية واقعية ليست كافية لمعالجة بعض الآلام الخاصة بالمرضىٰ، ومن وجهة نظر الكاتب إن حالات مثل الوساوس الحادة من الصعب، كما أنه من المستحيل أن تعالج بواسطة هذه الفنيات، وقد يكون هناك مضيعة للوقت في البحث عن مصدر الفشل في العلاج، إن الإدعاء حول فاعلية طريقة التحصين يمكنها أن تعتمد علىٰ بعض الحقائق المتعلقة بنجاح أو فشل العلاج أكثر من اعتمادها علىٰ شروحات بعدية تتعلق بمعرفة لماذا لا يكون لهذه الطريقة فعالية عامة (Universal efficacy، من أجل ذلك سنناقش فيما يلي بعد المفاهيم الإكلينيكية المتعلقة بطريقة التحصين غير التي أشرنا إليها في الفصول الثلاثة السابقة.

الفصل السابع
تجارب حول إزالة القلق
لدى أشخاص أسوياء «أو عاديين»

(Experiments In The Elimination Of

Anxiety Wiht Non - Psychiatric Subjects)

الفصل السابع
تجارب حول إزالة القلق
لدى أشخاص أسوياء «أو عاديين»

(Experimentys in The Elimination of Anxiety Wiht Non - Psychiatric Subjects)

المريض طالب جامعي شاب، نجده مستلقياً براحة في مكتب المعالج، عيناه مغمضتان، وهو في حالة استرخاء تام، مشكلته أنه يعاني من حالة قلق شديدة تنتابه قبل إمتحاناته الجامعية، وكان المعالج قد أعدَّ مجموعة من المشاهد المنظّمة تبدأ قبل أن يبدأ الطالب دراساته من أجل الوقت الحاسم «وقت الإمتحان»، وحتىٰ لحظة جلوسه في قاعات الإمتحان حيث يقرأ الأسئلة ويبدأ بكتابة الأجوبة، وبعد جلسة المعالجة صرّح المريض بأنه بدأ يشعر بحالة جديدة، وإنه يتوقع في المستقبل القريب ـ بعد جلسات العلاج ـ أن تصبح حالته أفضل، وقد تعرّض المريض لعشر جلسات من التحصين التصوّري (الخيالي) وحتىٰ شعر هو والمعالج بأن بإمكانه مغادرة المستشفىٰ الآن، وأن يتعرض للإمتحانات دون أيّ عائق يؤدي إلىٰ القلق. . . إن هذا المثال يجعلنا لا نستطيع أن نحكم علىٰ مدىٰ فعالية العلاج السلوكي، حيث أن الدراسات التجريبية لا زالت ضعيفة ونادرة في هذا المجال، ونادرة أيضاً في العلاج النفسي ـ أي التحليل النفسي ـ، وحتىٰ الآن

لا نعرف فيما إذا كانت طريقة ما من العلاج هي أفضل من الطرق الأخرىٰ، إن واحدة من الدراسات المبكرة التي قام بها كل من لانج (Lang) ولازوفيك (Lazovik) عام (١٩٦٣) واستخدما فيها طريقة التبليد المنظّم علىٰ أشخاص أسوياء ـ عاديين ـ كانوا يعانون من الخوف المرضيٰ من الأفعىٰ (Snake phobia)، ثم قارنا النتائج التي انتهوا إليها بالنتائج الأخرىٰ التي حصلوا عليها عندما استخدما طريقة الإسترخاء ـ أي عندما إعتمدا علىٰ الإسترخاء في مواجهة المثير الأصلي مباشرة.

وقد أشارت النتائج إلىٰ أن تقديم المثيرات المنظّمة حسب شدتها بدءاً من الأقل إثارة للخوف وحتىٰ الأشد إثارة وتحت ظروف الإسترخاء الجيد أدت إلىٰ نتائج ناجحة، بينما الإعتماد علىٰ حالة الإسترخاء فقط لم يؤدي إلىٰ نتائج ناجحة، حتىٰ أن تقديم الأفعىٰ الحقيقية ـ في التحصين المنظّم ـ لم يثر إلّا قليلاً من المخاوف التي زالت بعد ستة أشهر، كما أنه لم يظهر أيَّ عَرَض آخر ليحل محل العَرَض الأول الذي زال ـ حسب وجهة نظر جماعة التحليل النفسي ـ هذه النتيجة توضح بأن عملية التبليد المنظّم ناجحة في حالات مثل الخوف المرضي من الأفعىٰ ولدىٰ الأفراد العاديين الأسوياء، حيث لا نحتاج لدىٰ هؤلاء الناس أكثر من إجراء تعديلات طفيفة في شخصيتهم، أو شرح العوامل المؤدية للخوف لديهم، ويبدو أن إزالة الخوف المرضي من الأفاعي شيء عادي، وخاصة أن العالم لانج ومن معه عام (١٩٦٥) أشاروا من خلال بعض الدراسات المتأخرة التي تمَّ فيها مقارنة ثلاثة مجموعات من الأفراد الذي يعانون من المخاوف، وزّعوا حسب ما يلي:

١ ـ مجموعة تلقّت العلاج بالإعتماد علىٰ التحصين المنظّم.

٢ ـ مجموعة تلقّت علاجاً شكلياً إعتمد علىٰ إجراء مقابلات (Interviews) وبحيث لا يماثل هذا العلاج أي طريقة مميّزة في العلاج.

٣ ـ مجموعة ضابطة لم تتلقَ أي علاج.

وتمَّ مقارنة النتائج، وقد تبيّن أن طريقة التحصين المنظّم تؤدي إلىٰ

نتائج أفضل بكثير بالمقارنة بباقي المجموعات، وطبيعي أن هذه النتائج جزئية ولا تشير إلاّ للقليل من مدىٰ صدق وفاعلية العلاج السلوكي.

وهناك دراسة أخرىٰ قام بها العالم بول (Paul) (١٩٦٦)، الذي إختار (بول) أن يكون موضوع دراسته إزالة الخوف المرضي من التحدث أمام الجماهير وذلك لدىٰ أفراد عاديين، وأراد مقارنة نتائج ثلاثة طرق مختلفة من العلاج، بالإضافة إلىٰ مجموعة من الأفراد لم تتلقَ أية محاولة للعلاج، وهي تفيد في معرفة التغيرات التي طرأت، مع تقييم نتائج هذه الطرائق الثلاث، ومقارنتها بالمجموعة التي لم تتلقَ العلاج. وهذه الطرق هي:

١ ـ طريقة التحصين المنظم.

٢ ـ علاج ظاهري (عقيم أو زائف) يعتمد علىٰ المقابلات.

٣ ـ علاج يعتمد علىٰ الإستبصار ويشتمل علىٰ خصائص العلاج النفسي.

٤ ـ مجموعة ضابطة لم تتلقَ العلاج.

ومن الطبيعي أن المقارنة الهامة يجب أن تكون بين رقم واحد (١)، وبين رقم ثلاثة (٣)، علماً أن (بول) في دراسته أبدىٰ إهتماماً خاصاً ـ كما أراد هو ـ في إجراء خمسة تجاب حول العلاج الإستبصاري وقد كانت النتائج كالتالي:

١ ـ إن العلاج بواسطة التحصين المنظّم كان ناجحاً في جميع الحالات، وانتهىٰ إلىٰ نتائج دقيقة وملموسة.

٢ ـ إن العلاج الإستبصاري (Insight therapy) كان ناجحاً في حوالي (٥٠٪) من الحالات.

٣ ـ أما العلاج الظاهري الذي يعتمد على المقابلات ـ العلاج الزائف ـ (pseudo - Therapy) فقد كانت النتائج قريبة من العلاج الإستبصاري وكان هذا العلاج ناجحاً في حوالي (٤٧٪) من الحالات.

٤ ـ هذا وقد لوحظ أن نسبة تقدر بحوالي (١٧٪) من الحالات في

المجموعة التي لم تتلقَ أي علاج قد شفوا تماماً من الخوف المرضي من الكلام أمام الجمهور أو الحشد.

والواقع أن العلاج الإستبصاري كطريقة هامة في مجال العلاج السلوكي، يتم باستخدام طريقة التبليد أو التحصين المنظّم، ثم يصاحب ذلك الإستعانة بتبصير المريض عن تدريباته وإرشاداته ومدركاته، ولعل القرار حول أهمية طريقة الإستبصار هو بسبب كون الحالات (التي يتم معالجتها) حالات سويّة وغير مرضية، ولهذا فإن النتائج ستختلف فيما بين الأفراد، وما نعرفه عن العلاج الإستبصاري أن هذا الشكل من العلاج النموذجي يحتاج إلىٰ معالجة جيدة وطويلة تحتاج إلىٰ وقت أكبر مما هو متاح لنا في مثل هذه الدراسة، وكان بالإمكان لهذا الشكل من العلاج إعطاء نتائج أفضل مما هي عليه الآن لو أتيح الوقت الكافي، إن العلاج الإستبصاري له مجالاته، وأهدافه الواسعة التي تفوق طريقة إزالة الأعراض، وإنَّ أي مقارنة بسيطة حول نتائج علاج حالات الفوبيا (الخوف المرضي) بالنسبة لهذا الشكل من العلاج تصبح ـ أي هذه المقارنة ـ غير عادلة، وعلىٰ كل حال إن هذه المحاولة ـ الإستبصارية ـ عبارة عن وسيلة قياس بسيطة لعملية التحصين المنظّم في إزالة الفوبيا لدىٰ الأفراد العاديين، وفي دراسة دافيسون (Davison) (١٩٦٦) حول علاج حالات الخوف المرضي من الأفعىٰ، أخذت عينة من (٢٨) أنثىٰ عادية وذلك لبعض الإعتبارات منها إمكانية إلقاء الضوء علىٰ أهمية عناصر عملية التحصين المنظّم في العلاج. ووزعت العينة علىٰ المجموعات التالية.

١ ـ المجموعة الأولىٰ طبق عليها العلاج بالتحصين المنظّم مع عملية الإسترخاء.

٢ ـ المجموعة الثانية طبق عليها العلاج بالتحصين المنظّم دون أن تكون في حالة استرخاء.

ثم قام بمقارنة المجموعتين بعضها مع بعض بهدف معرفة أهمية حالة الإسترخاء في العملية العلاجية، وكانت هناك مجموعة ثالثة عولجت

بالتحصين المنظّم مع حالة إسترخاء، ولكن مع تخيّل (أو تصور) مشاهد لا صلة لها بالموضوع، أي لا علاقة لها بالخوف من الأفعىٰ، وبعد ذلك تم مقارنة النتائج من أجل معرفة أهمية الإسترخاء، وأهمية تصور المشهد (الذي له علاقة والذي لا علاقة به بالموضوع)، وكذلك مجموعة رابعة لم يقدّم إليها أيَّ علاج، وكانت النتائج صادقة لحد ما، حيث أن العلاج بالتحصين المنظّم مع الإسترخاء كانت نتائجه هامة، وناجحة أكثر من باقي المجموعات الثلاث، كما وجد (دافيسون)، أن تصور مشاهد لا دخل لها بالموضوع، وكذلك وضع المريض في حالة عدم إسترخاء لا يؤدي إلىٰ نتائج ناجحة، كما أنه لا يوجد فرق بين هذه الحالات الأخيرة، وبين نتائج المجموعة التي لم يقدّم لها أيّ علاج، وهذا ما يشير إلىٰ أن التخيّلات أو التصورات المرتبطة بالموضوع، وكذلك حالة الإسترخاء من العوامل الهامة في نجاح العلاج. ويجب الإنتباه إلىٰ أن هذه النتائج أجريت علىٰ حالات غير عصابية، وقد أكّدَ رشمان (Rachman) (١٩٦٥) علىٰ هذه النتائج وذلك من خلال تجاربه علىٰ أفراد عاديين يخافون من العنكبوت واستخدم رشمان طريقة التحصين المنظّم مع الإسترخاء وبدون الإسترخاء، وقارن النتائج مع مجموعة من الحالات لم تتلقَ أي علاج، وتبيّن أن تقديم المثيرات تدريجياً مع الإسترخاء ينتهي إلىٰ نجاح كبير، كما تبيّن لرشمان بأن عملية الإسترخاء لوحدها، أو عملية التحصين لوحدها غير كافية لإزالة الخوف.

وهناك دراسة أخرىٰ مشابهة في أهدافها قام بها العالم مور (Moore) (١٩٦٥) وذلك علىٰ عينة من (١٢) فرداً يعانون من مرض الربو (Asthma)، وقام مور باستخدام ثلاثة طرق علاجية هي:

١ ـ إستخدام الإسترخاء فقط.

٢ ـ إستخدام الإسترخاء مع عملية إيحاء قوية بأن حالة الربو ستتحسن.

٣ ـ طريقة التحصين المنظّم مع الإسترخاء.

وقد حاول العالم (مور) إستخدام طريقتين من العلاج بالنسبة للمريض الواحد، بحيث تكون طرائق العلاج مختلفة، مثلاً كان المريض يعالج أولاً بالطريقة (أ)، ثم يتلوها العلاج بالطريقة (ب)، وآخر يبدأ علاجه بالطريقة (ب)، ثم يتلوها الطريقة (أ)، ومريض ثالث يعالج بالطرية (حـ)، ثم يتلوها الطريقة (ب) وهكذا. . . (وطبعاً كان مور يستخدم مدرّج مكوّن من مواقف مثيرة أو منشطة لنوبات الربو، تماماً كالتي تستخدم في الحالات النفسية القاسية والتي تحدث نفس الصدمات). وانتهىٰ مور بعد مقارنة المجموعات إلىٰ أن طريقة التحصين مع الإسترخاء كانت أفضل الطرق وأدت إلىٰ نتائج موضوعية من حيث الشفاء من حالة الربو.

ولكن وبالرغم من هذه النتائج فإنه مازال هناك العديد من المشكلات الواجب أخذها بعين الإعتبار وذلك قبل الحكم علىٰ فاعلية طريقة الكف بالنقيض (أو الكف المتبادل) في علاج الإضطرابات السيكوسوماتية، ولكن مثل هذه الدراسات التي قام بها (مور) وغيره تلقي الضوء علىٰ المستقبل، بالرغم من وجود دراسات تشير إلىٰ أن بعض حالات الربو هي التي تستجيب إلىٰ طريقة الكف بالنقيض دون غيرها.

إن الدراسات السابقة لبول، ودافيسون، ورشمان، ومور، تؤكد علىٰ القيمة العلاجية المتعلقة بطريقة العلاج بواسطة الكف بالنقيض والتي تعتمد علىٰ مبادىء نظريات التعلم (الإشراطية).

وهناك مشكلات تختلف عن سابقتها وتدور حول صلاحية طريقة الكف بالنقيض في العلاج النفسي من الناحية العملية، ومعرفة فيما إذا كانت عملية تخيّل أو تصوّر المشاهد أثناء عملية التحصين المنظّم تؤدي بنا إلىٰ نتائج أفضل، أم أن عملية التحصين التي تتضمن مواقف واقعية حياتية (قريبة من واقع الحياة) هي الأفضل، وباختصار معرفة مدىٰ فاعلية المشاهد التخيّلية[1]

(١) لزيادة المعلومات حول التحصين الخيالي، والواقعي يمكن الرجوع إلىٰ كتاب المترجم حول (علاج الأمراض النفسية) دار العلم للملايين - بيروت (١٩٨٤).

(Imaginal desensitization)، أم المشـاهـد الحيـاتيـة الـواقعيـة Vivo) desensitization)، وقد يجيب البعض بأن عملية التحصين الواقعية الحياتية أكثر فعاليـة، ولكن التحصين الذي يعتمـد علىٰ الخيال والتصـورات يكون أسهـل وأسرع من حيث الأداء، ومن أجـل معرفـة ذلك قـام العالم كـوك (Cooke) عام (١٩٦٦) بدراسة علىٰ إثني عشر طالباً اعتـرفوا أنهم يخـافون (بشدّة) من الفأر، قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات واستخـدمت طريقـة التحصين الواقعية بالنسبة لأفراد المجموعة الأولىٰ، وطريقة التحصين الخيالية بالنسبة لأفراد المجموعة الثانية، والمجموعة الأخيرة لم تتلقَ العلاج، وقد قام (كوك) بتدريب أفراد المجموعة الأولىٰ والثانية علىٰ طريقة جاكبسون[1] في الإسترخاء. ثم قام بتطبيق طريقة التحصين بطريق الخيال، والواقعية، وقد إشتمل مدرّج القلق علىٰ مواقف متدرجة (الشدّة) بدءاً من الوقوف أمام باب الغرفة ومشاهدة الفأر داخل القفص، وحتى إخراج الفأر من القفص، وقد انتهت النتائج إلىٰ أن كلا الشكلين من العلاج (الخيالي، والواقعي) يتساويان في الفاعلية، مع الإشارة إلىٰ أن استخدام طريقة التحصين الخيالي كانت أكثر مرونة وراحة.

وكان من الواضح أن المريض في حالة كون المواقف التي يتعـرض إليها أكثر واقعية في حياته فإنه لا يستطيع الإسترخاء كاملاً، في نفس الوقت الذي ينشغل فيه ببعض الأنشطة المعيّنة التي يقدمهـا إليه المجـرّب، ومن الضروري علىٰ المريض أن يسترخي بالإضافة إلى الفعّاليات العديدة التي يقوم بها (والتي يطلبها منه المعالـج)، وبحيث يمكن القول بـأن إجراءات العلاج تتم، مع الإسترخاء، ومع النشاط أو القيام بعمل ما في نفس الوقت (أو بالتساوي)، وهذا ما يؤدي إلىٰ الإستفسار حول دور الإسترخاء في مثل هذه الحالات، وذلك لأن عملية كف القلق عن طريق إستجابة الإسترخاء أمر

---

(١) من أجل فهم طريقة جاكبسون في الاسترخاء يمكن الرجوع إلىٰ كتاب المترجم حول (الكف بالنقيض كطريقة في العلاج النفسي) دار القلم - بيروت (١٩٨٣).

ضروري ويتطلب ذلك أن تكون حالة الإسترخاء سابقة لحالة القلق، وهناك مشكلة أخرىٰ تتعلق بالنواحي الحيوية والعملية، وهي معرفة مدىٰ فعالية هذه الطريقة (effeciency) في معالجة مجموعة من الأفراد ـ علاج جماعي ـ، بالمقارنة بالعلاج الفردي، ومن أجل ذلك قام العالم لازاروس (Lazarus) عام (١٩٦١) بجمع عدد من الأفراد الذين يعانون من مخاوف مختلفة ومن إضطرابات أخرىٰ، وقد اعتبر لازاروس هؤلاء الأفراد عاديين (أسوياء) لم يختاروا من مركز الطب العقلي، بالرغم من أن بعضهم كان يعاني من إعاقة شديدة في علاقاته الإجتماعية وفي تكيّفه العام، واعتبر لازاروس بأن طريقة التحصين المنظّم مع عرض مثيرات للمخاوف قد تكون طريقة ناجحة، وقد طبّق (لازاروس) طريقة التحصين المنظّم بصورة جماعية علىٰ مجموعة من هؤلاء الأفراد كما طبق طريقة العلاج التفسيري (الإستبصاري) (Interpretive therapy) علىٰ مجموعة أخرىٰ وبشكل جماعي أيضاً، وانتهىٰ إلىٰ النتائج التالية؛

١ ـ إن طريقة التحصين المنظّم الجماعية أدت إلىٰ نتائج مفيدة وناجحة.

٢ ـ إن طريقة العلاج التفسيري أخفقت في تحقيق نجاح واضح إلاّ إذا صاحب ذلك حالة من الإسترخاء التام.

وقد شفي ثلاثة عشر (١٣) مريضاً من أصل ثمانية عشر (١٨) عن طريق التحصين المنظّم الجماعي، وإنتكس ثلاثة آخرون، بينما في العلاج التفسيري الجماعي فإن حالة جميع أفراد العينة والبالغ عددهم تسعة (٩) لم تتحسن، بينما في حالة إستخدام العلاج التفسيري الجماعي مع الإسترخاء تمَّ شفاء إثنان فقط، إنتكس واحد منهم فيما بعد، ثم قام لازاروس بمعالجة بعض الأفراد الذين لم يشفوا بطريقة العلاج التفسيري الجماعي، وعالجهم بطريقة التحصين مما أدىٰ إلى شفاء عشرة منهم علاوة عن الحالات التي شفيت سابقاً، وإنتكست حالتان فقط، والجدول التالي يوضح لنا ذلك:

ضروري ويتطلب ذلك أن تكون حالة الإسترخاء سابقة لحالة القلق، وهناك مشكلة أخرىٰ تتعلق بالنواحي الحيوية والعملية، وهي معرفة مدىٰ فعالية هذه الطريقة (effeciency) في معالجة مجموعة من الأفراد ـ علاج جماعي ـ، بالمقارنة بالعلاج الفردي، ومن أجل ذلك قام العالم لازاروس (Lazarus) عام (١٩٦١) بجمع عدد من الأفراد الذين يعانون من مخاوف مختلفة ومن إضطرابات أخرىٰ، وقد اعتبر لازاروس هؤلاء الأفراد عاديين (أسوياء) لم يختاروا من مركز الطب العقلي، بالرغم من أن بعضهم كان يعاني من إعاقة شديدة في علاقاته الإجتماعية وفي تكيّفه العام، واعتبر لازاروس بأن طريقة التحصين المنظّم مع عرض مثيرات للمخاوف قد تكون طريقة ناجحة، وقد طبّق (لازاروس) طريقة التحصين المنظّم بصورة جماعية علىٰ مجموعة من هؤلاء الأفراد كما طبق طريقة العلاج التفسيري (الإستبصاري) (Interpretive therapy) علىٰ مجموعة أخرىٰ وبشكل جماعي أيضاً، وانتهىٰ إلىٰ النتائج التالية؛

١ ـ إن طريقة التحصين المنظّم الجماعية أدت إلىٰ نتائج مفيدة وناجحة.

٢ ـ إن طريقة العلاج التفسيري أخفقت في تحقيق نجاح واضح إلاّ إذا صاحب ذلك حالة من الإسترخاء التام.

وقد شفي ثلاثة عشر (١٣) مريضاً من أصل ثمانية عشر (١٨) عن طريق التحصين المنظّم الجماعي، وإنتكس ثلاثة آخرون، بينما في العلاج التفسيري الجماعي فإن حالة جميع أفراد العينة والبالغ عددهم تسعة (٩) لم تتحسن، بينما في حالة إستخدام العلاج التفسيري الجماعي مع الإسترخاء تمَّ شفاء إثنان فقط، إنتكس واحد منهم فيما بعد، ثم قام لازاروس بمعالجة بعض الأفراد الذين لم يشفوا بطريقة العلاج التفسيري الجماعي، وعالجهم بطريقة التحصين مما أدىٰ إلى شفاء عشرة منهم علاوة عن الحالات التي شفيت سابقاً، وإنتكست حالتان فقط، والجدول التالي يوضح لنا ذلك:

(نتائج دراسة لازاروس)

	طريقة العلاج	العدد	الشفاء	عدم تحسن	انتكاس
١ ـ	علاج بالتحصين الجماعي	١٨	١٣	٥	٣
٢ ـ	علاج تفسيري دون استرخاء	٩	لا يوجد	٩	—
٣ ـ	علاج تفسيري مع إسترخاء	٨	٢	٦	١

يلاحظ من الجدول السابق أن مجموع الـذين لم يتحسنوا (حـالات بقيت علىٰ حالها) في العلاج التفسيري وفي الطريقتين الثانية والثالثة (٩ + ٦ + حالة إنتكاس = ١٦)، وهؤلاء عولجو فيما بعد بطريقة التحصين فشفي منهم عشر حالات، يضاف إليهم حالتـان شفيتا في العـلاج التفسيري مـع الإسترخاء (١٠ + ٢) = (١٢) حالة.

إن هذه النتائج التي لها دلالة بسيطة علىٰ أهمية طريقـة العلاج، لا تعني بأن طريقة العلاج النفسي أقل أهمية من طريقة التحصين، ـ ويقصد بذلك طرائق العلاج النفسي الأخرىٰ والتحليل النفسي ـ.

وهناك نقطة علىٰ مستوىٰ من الأهمية وهي أن لازاروس في دراسته لاحظ بـأن متوسط عـدد الجلسات العـلاجية التي تـتطلبها عمليـة العـلاج الجماعية بواسطة التحصين بلغ حوالي (٤, ٢٠) جلسة، بينما لاحظ لازاروس بأن المرضىٰ الذين أعيد علاجهم بواسطة التحصين والذين كانوا قد فشلوا سابقاً في العلاج التفسيري كان متوسط الجلسات العلاجيـة التي أدت إلىٰ تحسنهم حوالي (١, ١٠) جلسة، وهذا ما يشير إلىٰ أن العلاج التفسيري له تأثيره علىٰ الأفراد بالرغم من أن هذا التأثير محدوداً.

وهناك دراسة أخرىٰ قام بها كل من بول (Paul) وشانون (Shannon) عام

(١٩٦٦) قاما فيها بمقارنة نتائج علاج عشر حالات من الطلاب المصابين بحالة قلق مزمنة (Chronically anxious)، مع عشرة من الطلاب الآخرين الذين لم يتلقوا أيّ علاج، وقد كانت النتائج تشير إلىٰ أن خطوات علاج هؤلاء الأفراد العاديين تؤدي إلى نتائج توافقية ونسب من النجاح يمكن أخذها بعين الاعتبار.

وهناك أيضاً دراسة مشابهة قام بها (كونداس) وأجريت علىٰ عينة من الطلبة الذين يعانون من الخوف من الإمتحان (Examen phobia)، وقد وافق العالم
كونداس (Kondas) (١٩٦٧) علىٰ أهمية طريقة الكف بالنقيض (Reciprocal inhibition) مع الأسلوب الجماعي، ومن الواضح أنَّ هناك بعض الصعوبات في هذا الشكل من العلاج الجماعي علاوة علىٰ صعوبات العلاج الفردية، فمن المستحسن في حالة العلاج الجماعي أن تكون نقاط مدرّج القلق متصّلة ببعض ومتشابهة بالنسبة لجميع الأفراد، وكذلك هناك مشكلة تعترض المعالج وهي الإختلاف في سرعة إستجابة الأفراد المختلفين (أثر الفروق الفردية) بالنسبة إلىٰ خطوات وعمليات مدرّج القلق، وحيث أن العلاج الجماعي يفترض سلفاً أن جميع الأفراد يعملون بنفس النسبة أو المستوىٰ - وبينهم شيء من التجانس - وبالإضافة إلىٰ ذلك فإننا نلاحظ في بعض الحالات الأكثر تعقيداً أنه غالباً ما يضطّر المعالج إلىٰ جعل عيني المريض مغلقتين تماماً بسبب تأثير تقديم بعض الإشارات - المثيرات - التي أدت إلىٰ قلق المريض، وذلك عندما يشير المريض إلىٰ أنه وقع في حالة شديدة من القلق، وهذه العملية يصعب علىٰ المعالج القيام بها عندما يكون العلاج جماعياً، ومهما يكن من أمر فإن العلاج الجماعي - إذا توفرت فيه بعض الشروط - يساعد علىٰ اختصار الوقت كثيراً.

وهناك دراسات أخرىٰ إهتمت بالنواحي النظرية أكثر من الناحية العملية، من هذه الدراسات دراسة العالم راشمان (Rachman) (١٩٦٦) حيث قام بمقارنة إجراءات عملية التحصين المنظّم (المثالية) مع تقديم مدرج قلق مع حالة إسترخاء، بإجراءات طريقة أخرىٰ تعتمد عليٰ ما يسمىٰ بفيض

القلق (Flooding of anxiety)، وهذه الطريقة الأخيرة تتضمن تقديم المشاهد (المثيرات) التصورّية بقصد الوصول إلىٰ درجة عالية من القلق المرتبط بالموضوع الأصلي المثير للخوف، وفي هذه الدراسة كان الموضوع المثير للخوف هو العناكب (Spiders)، وكانت نتيجة الدراسة تشير إلىٰ أهمية إحضار المشاهد التي تصل إلىٰ قمة المدرج - أي إلىٰ المثير الأصلي - وقد كانت النتيجة متوقعة، حيث أن الطريقة التدريجية في تقديم المثيرات المخيفة (Lit-tle and Little) برهنت علىٰ أنها أكثر فائدة من طريقة الغمر أو التعويم الإنفعالي، والواقع أن طريقة تعويم القلق لم تؤدي إلىٰ تغيير أو تحسين في حالة المرضىٰ، ويمكن القول بأن هذه الطريقة إنتهت إلىٰ نفس النتيجة التي ينتهي إليها المرضىٰ بدون علاج.

وهناك دراسة أخرىٰ قام بها راشمان (١٩٦٦) علىٰ عينة من الأفراد العاديين الذين يعانون من الخوف الشديد من العنكبوت، وأراد من خلال دراسته أن يقارن بين طريقة التحصين باستخدام المشاهد الخيالية والتصورية، وبين طريقة التحصين باستخدام المشاهد الواقعية الحياتية، وذلك من حيث سرعة التحسن، وقد وجد رشمان بأن إنتقال الفرد من المواقف التصوّرية إلىٰ المواقف الواقعية يشوبه شيء من الفتور أو التباطؤ في سرعة التحوّل، ولهذه الحقيقة بعض الإعتبارات النظرية والعملية في مجال العلاج، وقد لوحظ بأن عملية تزويد التحصين التصوّري ببعض مثيرات القلق المرتبطة بالموضوع، ثم تعرض الفرد إلىٰ مثيرات متشابهة تماماً مع المشاهد المتصوّرة ولكنها واقعية، إن مثل هذه العملية بإمكانها أن تحدث في مناسبات مختلفة من الوقت وذلك بعد أن تكون عملية التحصين قد أجريت للفرد، وقد أجرىٰ راشمان دراسته علىٰ ثلاثة أفراد، وإستخدم مجموعة إختبارات لمعرفة سرعة عملية التحصين بالنسبة لمواقف الحياة الواقعية ولكل فرد علىٰ حدة، ووجد بأن أكثر من (٨٠٪) من الأفراد تتم عملية التحوّل لديهم من التحصين التصورّي إلىٰ الواقعي في الحال.

وإستناداً إلىٰ هذه النتيجة السابقة فإن عملية تحوّل المريض من

التصورات إلىٰ المشاهد الواقعية إذا تأخرت، أي إذا تأخر التحوّل نحو الواقع، فإن هذا التحوّل سيسبقه زيادة في درجة القلق الفورية، وخاصة أن مثل هذه الحالات تقع في حال كوننا في قمة مدرج القلق (عند المثيرات القوية والأكثر واقعية).

وقد لوحظ بأن درجة القلق غير ثابتة بل متذبذبة بين المثيرات التصورية، والمثيرات الواقعية، وعلىٰ كل حال فإن راشمان أشار بأن تقديم المشاهد يلعب دوراً في حجم الإنتكاس الذي يحدث في حوالي (٤٠٪) من المناسبات عندما يقدّم مثير القلق في الجلسة الواحدة ثلاثة مرات ـ (ويشعر المعالج بأن قدرة المريض علىٰ التحوّل أو الإنتقال من التصوّر إلىٰ الواقع ضعيفة أو بطيئة) ـ.

إن التجارب العملية تشير إلىٰ أن الإستجابة التي كفّت أثناء عملية التدريب تميل إلىٰ الظهور بصورة تلقائية، وتعود ثانية إلىٰ قوتها بعد فترة وجيزة، وعلىٰ سبيل المثال إذا كان الكلب ـ في تجارب بافلوف ـ قد تعلّم أن يفرز لعابه عند سماعه صوت الجرس، فإنه بالإمكان كف هذه الإستجابة أو إطفائها (Extinction) عن طريق قرع الجرس المستمر ودون تقديم الطعام (قطعة اللحم)، ولكن بعد فترة مناسبة من الراحة نجد الكلب يعاود ثانية إفراز اللعاب عند قرع الجرس، وتعود الإستجابة تدريجياً بعد الكف أو الإنطفاء، وهذه الفكرة تجعلنا نعتقد بأن العودة التلقائية لحالة الخوف (أو القلق) التي كفّت هي أمر محتّم ومتعذر إجتنابه (Inevitable)، إلاّ إذا أخذت بعض الإجراءات الدقيقة المضادة لذلك، لذلك فإن بعض الإقتراحات التجريبية المفيدة في هذا الصدد هو الإعتماد علىٰ عملية إستمرار تدريب المريض علىٰ تعلم الإستجابة الجديدة علىٰ فترات متقطعة (موزعة) وذلك بعد إتمام عملية تدريب أو تعلم زائدة (Over Learning)، إن معظمنا يعلم بأنه من أجل الوصول إلىٰ نتيجة مؤكدة في إتقان الدور المسرحي، فإنه من الضروري إجراء عملية بروفة (تجربة بسيطة) (Rehearsal)، ويجب الإستمرار في عمل هذه البروفة، وفي بعض الحالات قد نضطر إلىٰ إعادة مشاهد

معيّنة، لذلك فإنه في حالة تدريب المريض علىٰ المشاهد الخيالية في مدرج القلق فإنه يحتاج إلىٰ الإستمرار لبعض الوقت، وحتىٰ بعد أن يقرر المريض بأنه لم يعد يشعر بأي درجة من الخوف أو القلق. ومن المفيد في مثل هذه الملاحظات أن نختبر النتائج التي حصلنا عليها من الدراسات التجريبية علىٰ الأفراد العاديين (الذين ليسوا بمرضىٰ عقليين Non - psychiatric)، والذين عولجوا بطريقة التحصين (Desensitization)، وربّما كان الأمر الأكثر لفتاً للإنتباه هو أن طريقة الكف بالنقيض كانت طريقة ناجحة في إزالة المخاوف المرضية عند الأفراد العاديين، وأنَّ لطريقة الكف بالنقيض في العلاج السلوكي. بعض المزايا والفوائد بالنسبة لأشكال العلاج الأخرى التي قورنت مع هذه الطريقة، إلاّ أن هذه النتيجة ليست دليلاً قاطعاً علىٰ فاعلية هذه الطريقة، حيث أن هذه الطريقة أثارت لدىٰ بعض علماء النفس التجريبيين عددا من الإنتقادات مضمونها أنّ المعالج، (أو الحَكَمْ)، لا يستطيع من خلال دراسات قليلة أن يحكم علىٰ درجة التحسّن أو الفعّالية، وهذه الإنتقادات ليست عبارة عن تهم، بل إشارة إلىٰ أنّ الدراسات الفردية غالباً ما تؤثر في الأحكام، وعلىٰ كل حال فإن جميع الدراسات التي مرّت معنا، والتي برهنت علىٰ فعالية طريقة التحصين يبدو أنها لا تعتمد أو لا تهتم بتتبع تاريخ ومنشأ الخوف أو حالات القلق، (الإشارة إلىٰ الأعماق والجذور)، كما أن هذه الدراسات لا تستهدف تعديل شخصية الفرد ـ أي أثر العلاج علىٰ تعديل إتجاهات ومدركات الفرد. . . ـ، وهذا ما له تأثير علىٰ الأحكام أو البراهين، ويمكن القول بأنه في حالة الأفراد العاديين لا يوجد هناك حاجة أحياناً إلىٰ العلاج النفسي (العميق أو التحليلي)، بينما في حالة الأفراد العصابيين (Neurotic) لا بد من أخذ ذلك بعين الإعتبار، ويمكننا أن ننظر إلىٰ الفرق بين العادات السيئة (Bad habits)، وبين العصاب (المرض النفسي) (Neurosis)، وهناك مشكلة علىٰ مستوىٰ من الأهمية وهي أنه لا يوجد دليل علىٰ أن هناك عَرَض آخر يحل محل العَرَض الأصلي (العادة السيئة) الذي أطفىء أو كفَّ وذلك لدىٰ الأفراد العاديين، بينما قد يكون هذا الدليل لاغياً في حالة الأفراد العصابيين الغير أسوياء.

ولكن هل يمكننا اعتبار النتائج التي انتهينا إليها من الحالات السويّة صادقة أو يمكن إنطباقها بشكل صحيح علىٰ الحالات العصابية؟ إن الإجابة عن ذلك، ومن أجل إزالة الشكوك تتطلب ممارسة الدراسات والأبحاث علىٰ حالات من مرضىٰ نفسانيين، وقبل أن ننتقل في الفصل القادم إلىٰ الحديث عن التجارب لدىٰ الأفراد العصابيين سنلفت الإنتباه إلىٰ نتيجتين هامتين:

الأولى : أن هذه الدراسات (المقبلة) سيكون لها أثر **في دعم وتعزيز** الدراسات التي أشرنا إليها سابقاً، وأن هذه الدراسات ستعتمد علىٰ **الطريقة التدريجية** في تقديم المثيرات، وعلىٰ عملية كف القلق عن طريق **إستجابة مضادة** مثل الإسترخاء.

ثانياً إن العلاقة (Relationships) (أي العلاقة بين المريض والمعالج) سيكون لها أهمية في العملية العلاجية كما في حالات العلاج النفسي - (التحليل النفسي) -.

وهذا ما يجعلنا نقرر بأن درجة فاعلية العلاج بالكف بالنقيض (بالنسبة لدىٰ الأفراد العاديين) لا تعتمد علىٰ العلاقة بين الفرد والمريض علىٰ الرغم من خصائص هذه العلاقة، وبحيث يمكننا القول بأنه لا توجد هناك علاقة، وأن العلاقة التي لها قيمة علاجية تعتمد علىٰ موقف المعالج واتجاهه، فإذا كان المعالج سلوكياً فإنه لا يحتاج إلىٰ هذه العلاقة الخاصة إلّا إذا كان يأمل بالعودة إلىٰ العلاج التقليدي المألوف (Orthodos therapy)، وكما يقول العالم بول (Paul) في دراسته أنه علىٰ الرغم من أن طريقة العلاج الإستبصاري (In-Sight treatment) ذات أهمية إلّا أن ذلك لا يؤثر في كفاية وقيمة العلاج بالكف بالنقيض.

ومن الواضح أن هذه التجارب فعلت أقلّ بكثير من أن تتطرق إلىٰ المشكلات التي تتضمن فيها (أي في هذه التجارب)، كما أن العديد من

الدراسات كانت تتطلب الشك أولاً وقبل أن تتحول إلىٰ نتائج موثوق بها، ونأمل علىٰ كل حال أن تنشر حقائق واضحة تعتمد علىٰ دراسات تجريبية ذات اعتبار وتجرىٰ على عينات من المرضىٰ العقلانيين، وهذا ما سيشار إليه في الفصل المقبل.

للمطالعة (إضافة المترجم)

العلاج الإستبصاري (Insight or interpretative Therapy)

ويسمىٰ أحياناً بالعلاج التأويلي، أو العلاج العقلاني الإنفعالي، (Rational - Emotive psychotherapy) ومن أتباع هذا الإتجاه كل من أدكنز (Adkins) (١٩٥٩) وألكسندر وفرنش (Alexander and French) (١٩٤٨) وبيرن (Berne) (١٩٥٧)، وكاميرون (Cameron) (١٩٥٠) ودولارد، وميللر (Dollard and Miller) ١٩٥٠، وولب (Wolpe) (١٩٥٨) وغيرهم، والفكرة الأساسية لهذا الشكل من العلاج تعتمد علىٰ عملية الاستبصار (insight) من البصيرة، ويقصد بالإستبصار في مجال الطب العقلي إدراك المريض للموقف أي لكونه مريضاً، أو إدراكه للظاهرة المرضية علىٰ أنها هي كذا أو كذلك، فمريض الوسواس الذي يخاف خوفاً مرضياً وبشكل قسري من شيء معين مثلاً: (من الطعام خشية وجود السم في داخله)، يعرف أن ذلك الشيء ليس مخيفاً في ذاته وأن المشكلة في نفسيته ومدركاته وليست في الواقع الخارجي، فيقال أن لديه استبصاراً، علىٰ العكس من مريض البرانويا (جنون العظمة والإضطهاد)، الذي يخاف من أمر وهمي ويعتقد بصحة ذلك، ولا يستطيع أن يدرك بأن مخاوفه لا أساس لها من الصحة لذلك نقول بأن هذا المريض فاقد الإستبصار، وتختلف درجة فقدان الإستبصار حسب الحالات العصابية، ويرى علماء الجشتالت أن عملية الإستبصار تعتبر من أهم عمليات التعلم لدىٰ الإنسان، كما يعتبر أصحاب اتجاه العلاج العقلاني الإستبصاري أن الإنسان عبارة عن كائن عقلاني بشكل فريد، كما أنه كائن غير عقلاني بشكل فريد أيضاً، وإن اضطراباته الإنفعالية والنفسية (العصابية والشخصية) هي لحد كبير نتاج لتفكيره، وإدراكه بشكل لا منطقي أو لا عقلاني، وأن الإنسان يمكنه أن

يخلّص نفسه من معظم مشكلاته العاطفية والإنفعالية أو العقلية إذا تعلم الإنسان أو تدرّب علىٰ أن ينمي مدركاته بالشكل الصحيح، وأن ينمي تفكيره العقلاني إلى أقصىٰ درجة مع خفض لمدركاته الغير عقلية، إن معظم إضطرابات الأفراد تنجم إلىٰ حد كبير بسبب التفكير الغير منطقي والإدراك المشوّه للأمور، ويمكن بواسطة العلاج إعادة ترتيب هذه المدركات، وكذلك تنظيم الأفكار من أجل القضاء علىٰ السبب الأساسي إليس (Ellis) (١٩٥٩) وستارك (Stark) (١٩٦١)، ويقول فردريك بيرلز (Fredrick Perls) (١٩٥١) في كتابه عن العلاج الجشتالتي، إن مدركات الفرد هي التي تحكم سلوكه وتصرفاته (السويّة والغير سويّة)، أو بالأحرىٰ إن الفرد يحكم سلوكه إستناداً إلىٰ مدركاته الصحيحة أو الخاطئة، كما يحكم هذا السلوك إنتظام هذه المدركات ووحدتها الكليّة، لذلك فإن المعالج الإستبصاري ينظر إلى الشخص علىٰ أنها نتاج لعملية تكوين أو بناء لمدركات الفرد، وكذلك هدم أو تدمير لمدركات أخرىٰ، وإن هدف الكائن هو أن ينظّم مدركاته بشكل صحيح، ومكتمل.

الفصل الثامن
«تجارب إستهدفت إزالة القلق لدى مرضى نفسيين»

(Experiments In The Elimination Of Anxiety With Psychiatric Patients)

الفصل الثامن

تجارب إستهدفت إزالة القلق لدى مرضى نفسيين

(Experiments In The Elimination Of Anxiety With Psychiatric Patients)

المريضة هي ربّة منزل تبلغ من العمر (٣٥) عاماً تعاني من وسواس قوي، ومن حالة قلق تسيطر علىٰ حـالتها، وتؤدي بهـا إلىٰ بعض الأضرار المادية بسبب الأعمال التي تقوم بها مثل كسر الزجاج، كما تؤدي بها إلىٰ حالة من الرعب الشديد الذي يعرّضها لبعض الأخطار، لقد انتشرت حالـة الخوف لديها حتىٰ أنها إذا أرادت أن تغسل نفسها كانت تذهب تحت حراسة مشددة من أجل أن لا تعرّض نفسها للإيذاء بسبب كسر الزجاج أو الأواني الفخارية التي تكسرها، وكانت دائماً تحتفظ بفتاتات الطعام، وكانت تفحص هذه الفتاتات بدقة خشية أن يكون قد خلطت بها مواد ضارّة. وقد عولج هذا الوسواس بواسطة التحصين المنظّم (العلاج التبليدي)، والواقع أن المشكلة ليست بهذه البساطة، حيث أن البحث الدقيق حول حياة المريضة كشف عن مخاوف عديدة، مثل أفكاء خرافية، إتجاهـات خاطئـة وساذجـة، علاقـات إجتماعية صعبـة، أفعال قسـرية لإيـذاء الغير، بمـا في ذلك إيـذاء الزوج والأولاد، مع حالة من الكآبة الشديدة، وحالـة من الهيجان والغيظ يصعب ضبطها، وهناك إضطرابات أخرىٰ، والسؤال الهام في هذا المجال يتعلق في معرفة مدىٰ انتشار هذه المشكلات أو هذه الصعوبات، وهل يوجد عدد من

الإضطرابات؟ أم أنه يوجد إضطراب واحد نشأت عنه باقي هذه الإضطرابات؟ وما قيمة خفض شدّة الخوف الأصلي بالنسبة لباقي الإضطرابات؟ ولماذا يجعلنا المريض نواجه صعوبة في علاجه عن طريق تهربّه، ثم إنه لا ينّفذ ما يريده المعالج أو ما يوافق حالته ؟ وهناك مشاكل أخرىٰ تواجه المعالج في حالة المرضىٰ العقليين، والواقع أن الإضطرابات النفسية تبدو أنّها معقدة، حتىٰ أنها تقاوم أية محاولة لحصر أسسها، أو تطور أعراضها بالإعتماد علىٰ نظرية التعلم، والمعالج يمكنه أن يبدأ بالشك حول عملية الإشراط البسيطة (Simple Conditioning) وفيما إذا كانت هذه العملية تقدّم لنا أي تفسير يتعلق بهذه الإضطرابات، ويبدو أنه من النادر أن نعتمد علىٰ الأساس الزمني لتطوّر الأعراض، وذلك بالنسبة للحوادث السابقة (يقصد بذلك الحياة السابقة والشخصية قبل المرض)، ونادراً ما نقترح شيئاً معقولاً بالنسبة لهذه التقلبات أو التذبذبات المتعلقة بهذه الإضطرابات، والواقع أنه من غير المعتاد أن نشعر بالثقة بالوصف الذي تقدمه لنا نظرية التعلم، هذا بالرغم من وجود بعض المفاهيم الخاصة بهذا الوصف يمكنها أن تناسب ما نحن بصدده، ويمكن القول بأن هنالك علىٰ الأقل مَخْرجين (Issues) الأول يتعلق بصدق نظرية التعلم فيما يتعلق بالأمراض العصابية، والثاني معرفة التحصين أو أي إجراء آخر يمكن إستخدامه في مثل هذه الحالات.

والواقع أن معظم الدلائل الصادقة التي إنتهىٰ إليها العلماء تتعلق بدراسة حالات الأفراد، حيث يطبّق عليهم العلاج التحصيني ضمن شروط بسيكولوجية (من القلق والإسترخاء والإشراط)، والنتائج التي انتهىٰ إليها هؤلاء العلماء لها قيمة ضئيلة ـ كما أشرنا سابقاً ـ وذلك لأنه من المستحيل أن نقرر فيما إذا كانت التغيرات الناتجة تعزىٰ إلىٰ العلاج السلوكي، أم تعزىٰ إلىٰ بعض العوامل الكثيرة الغير مضبوطة، والتي قد تؤثر في الموقف العلاجي المعقّد، هذا بالإضافة إلىٰ أن مثل هذه الدراسات لا تعرّفنا بعدد الحالات التي فشلت في العلاج (أو التي انتكست)، لذلك فإن مثل هذه النتائج لا تسمح لنا أن نعرف أو نقيّم كم من العلاج السلوكي قابل للتصديق، ومن

الواضح أننا بحاجة إلىٰ أن نقوم بعملية ضبط للدراسات التجريبية حول التحصين والطرائق الأخرىٰ من العلاج السلوكي (طريق الممارسة السلبية، وطريق العلاج بالنفور أو الكراهية، والعلاج بالإهمال، والعلاج بالإشراط الإيجابي...)، تماماً كما يحصل في الإتجاهات الأخرىٰ المساهمة في علاج الإضطرابات العصابية، وعلاوة علىٰ ذلك يجب النظر في بعض الدراسات التي تهتم بالمعنىٰ الأدنى لطريقة العلاج عن طريق الكف بالنقيض هذه الطريقة التي تؤكد علىٰ إعادة تقديم المشاهد (الخبرات المخيفة والمؤلمة السابقة) عن طريقة إستعادة الأحداث الماضية وتأملها (Retrospective)، ويجب معرفة أثر ذلك في النواحي التطبيقية للعلاج السلوكي وخاصة عندما نكون بصدد مجموعة كبيرة من الأفراد، وربما كان بالإمكان علىٰ الأقل أن نشير إلىٰ بعض الدراسات لنكوّن إنطباعاً ما حول فاعلية هذا النمط من العلاج السلوكي، مع مقارنة ذلك بأنماط أخرىٰ من العلاج، والتي لها دور تقليدي.

واحدة من هذه الدراسات قام بها العالم جوزيف وولب (J. Wolpe) (١٩٥٨)، حيث قدّم لنا بعض النتائج التي حصل عليها من خلال تطبيقاته علىٰ عينة من المرضىٰ العصابيين تبلغ (٢١٠) مريضاً، وقد استخدم وولب معياراً للحكم علىٰ النتيجة التي يحصل عليها بسبب العلاج الذي يعتمد علىٰ طريقة الكف بالنقيض، وإقتبس وولب هذا المعيار من العالم نايت (Knight) لعام (١٩٤١)، ويشمل هذا المعيار ما يلي:

١ - تحسّن الأعراض (Symptomatic improvement).

٢ - زيادة الإنتاج (Increased productiveness).

٣ - تحسن التكيّف الجنسي (Improved sexual adjustment).

٤ - التحسّن في العلاقات الإجتماعية (Improved of Relationships).

٥ - زيادة القدرة علىٰ التحمل في مواجهة مواقف الإجهاد الحياتية العادية، (Increased tolerance for the usual stresses of Life).

هذا علماً بأن إستخدام هذا المعيار لا يضمن لنا موضوعية الدراسة ـ بشكل تام ـ وبناء علىٰ ذلك إنتهىٰ وولب إلىٰ أن نتائج دراسته كانت ناجحة جداً (Highly Successfuf)، حيث أن نسبة تقدر بحوالي (٩٠٪) من أفراد العينة قد شفوا تماماً، أو أنهم تحسنوا بشكل جيد جداً، ونسبة تقدر بحوالي (٧٪) من الأفراد كان تحسنهم معتدلاً أو بسيطاً، ونسبة (٣٪) من الأفراد لم يظهر عليهم أي تحسن.

والواقع أن هذه النتائج مدهشة بالنسبة للمعيار السابق، وخاصة إذا أخذنا بعين الإعتبار الوقت الذي استغرقه العلاج، حيث كان بالمتوسط حوالي (١٠,٧) شهراً، وبمعدل (٤٦) مقابلة، وقد قام وولب بمقارنة هذه النتائج بنتائج أخرىٰ تمّ الحصول عليها من مؤسستين للتحليل النفسي، وحيث بلغت نسبة التحسن حوالي (٣٨ ؛ ٦٠٪)، وطبعاً فإن هناك فرقاً واضحاً بالنتائج يؤكد علىٰ أهمية الكف بالنقيض والنتائج الممتازة التي تنتهي إليها هذه الطريقة.

ولكن يجب علينا أن لا نغفل عن عوامل كثيرة يمكن أن تكون قد ساهمت في تلك الفرق في النتائج بين هذين النوعين من العلاج، بالإضافة إلىٰ الفرق في طرائق العلاج.

وهناك دراسة أخرىٰ مشابهة قام بها العالم (لازاروس) عام (١٩٦٣)، أجراها علىٰ (٤٠٨) حالة لمرضىٰ عصابيين، واستخدم فيها طريقة الكف بالنقيض وانتهىٰ إلىٰ نتائج أقل رضىٰ مما هو عليه في نتائج وولب، وحيث بلغت النسبة المئوية للحالات التي شفيت بشكل جيد حوالي (٧٨٪)، ويجدر الإشارة هنا بأن من بين الحالات التي قام لازاروس بعلاجها كان هناك حوالي (١٢٦) حالة تعاني من حالات عصابية شديدة، وقد تابع لازاروس الحالات التي شفيت تماماً لمدة سنتين بعد العلاج فوجد أن مريضاً واحداً فقط هو الذي إنتكست حالته.

وهناك دراسة قام بها هيوسيان (Hussain) (١٩٦٤) حيث قام بمعالجة

(١٠٥) حالات لمرضىٰ عصابيين مستخدماً طريقة الكف بالنقيض، وإعادة الإشراط (Re - Conditioning)، وقد قرر بأن نسبة تقدر بحوالي (٩٠٪) من الحالات قد نجحت في العلاج الذي استمر ما بين (٤ ـ ١٦) أسبوعاً، وقد تبيّن من الدراسة بأن نمط المريض (سماته الشخصية) والطريقة في العلاج تلعب دوراً كبيراً في النتائج.

وهناك محاولة علىٰ شكل دراسة تجريبية مضبوطة قام بها العالم كوبر (Cooper) عام (١٩٦٣) إستهدفت علاج (٣٠) حالة عولجت بمختلف طرائق العلاج السلوكي بما في ذلك طريقة الكف بالنقيض، وقد استمرت الدراسة لمدة أكثر من ست سنوات، وحاول كوبر أن يقارن هذه الحالات بحالات أخرىٰ عولجت بواسطة طرق مختارة مثل العقاقير، والعلاج النفسي (التحليل النفسي)، وقد أشارت النتائج إلىٰ أن العلاج السلوكي ـ بالمعنى الضيّق ـ كان أكثر فائدة، وبالمعنى الواسع لم يجد كوبر فروقاً ملحوظة بين طرق العلاج جميعها.

وفي دراسة أخرىٰ قام بها كوبر وأشار إليها في منشوراته (١٩٦٥)، واستخدم فيها العلاج السلوكي وتكنيك إعادة الأحداث الماضية وتأملها، وقد أجرىٰ علاجه علىٰ عيّنة من (٧٧) مريضاً منهم (٢٩) مريضاً يعانون من الخوف المرضي من المناطق الواسعة، و(١٢) مريضاً يعانون من مخاوف أخرىٰ، و(١٠) حالات تعاني من الوساوس، و(١٣) حالة تعاني من حالة تشنج اليد أثناء الكتابة، و(١٣) حالة تعاني من إضطرابات متنوعة.

وقد تبيّن من نتائج الدراسة أن هذا التكنيك مفيد جداً في هذا المجال، وقد قام بمقارنة نتائج هذه الحالات بحالات أخرىٰ عولجت بطرائق أخرىٰ من العلاج النفسي، وقد تبيّن (لكوبر) أيضاً بأن المرضىٰ الذين تلقوا علاجاً تجريبياً (بواسطة الإشراط) شفي منهم حوالي (٦١٪)، أمّا المرضىٰ الذين عولجوا بالطرائق الأخرى فقد بلغت نسبة الشفاء حوالي (٤٤٪)، وقد وجد كوبر بأن المعالج السلوكي إذا تمكّن من ضبط جميع العوامل المؤثرة في التجربة فإنه يمكن لطريقة الكف بالنقيض أن تحقق تقدماً بنسبة

(١٠٠٪)، ويمكن القول بأن نتائج (كوبر) شبيهة بنتائج وولب، ولازاروس، ولكن يمكن القول أيضاً أنه من المؤسف أن تشير جميع هذه الدراسات إلىٰ حالة المرضىٰ بعد إنهاء عملية العلاج فقط، ولا تشير إلىٰ حالتهم بعد فترة من خروجهم خارج المصح، وقد يرىٰ البعض بأن قدرة المرضىٰ علىٰ إستعادة الأحداث المؤلمة وتذكرها وتأملها ـ المشاهد ـ، وكذلك بعض المشكلات المتعلقة بمقارنة مجموعات غير متكافئة من المرضىٰ قد يكون له أثره في النتائج، وهناك سؤال علىٰ مستوىٰ من الأهمية يتعلق بمعرفة ما نحتاج إليه من أجل إجراء دراسة تهدف إلىٰ معرفة أثر عامل الوقت أو الزمن (Contemporary)، وبحيث يمكننا الحصول علىٰ تفاصيل تتعلق بمرحلة ما بعد خروج المريض من المستشفىٰ بفترة ما، وتحت ظروف محددة معيّنة.

وبالرغم من ذلك فإن هناك دراسة لها دلالتها تهتم بماضي المريض، قام بها كل من ماركز (Marks)، وجيلدر (Gelder)، عام (١٩٦٥)، وقد انحصرت هذه الدراسة في حالات الخوف المرضي فقط (phobic cases)، وبلغ مجمل العينة (٣٢) مريضاً في المؤسسة العلاجية، منهم (٢١) مريضاً يعانون من الخوف المرضي من الزحام ـ الأماكن المكشوفة المزدحمة ـ (Agoraphobics)، وإحدىٰ عشر مريضاً (١١) مريضاً يعاونون من أشكال متعددة من الخوف المرضي، وقد عولج جميع المرضىٰ بطريقة العلاج السلوكي في إحدىٰ المستشفيات الخاصة، وتمّ إجراء مقارنة دقيقة بين هذه المجموعة من المرضىٰ مع مجموعة أخرىٰ من المرضىٰ عولجوا بواسطة العلاج النفسي (بطريقة التحليل النفسي)، وقد كانت المقارنة من حيث نمط المرض (type of disease)، وشدة الآلام التي يعاني منها المرضىٰ، والجنس (Sex)، والعمر (Age)، ومدة الإصابة بالمرض، ومكان العلاج هل هو في العيادة الخارجية (Out - patient) أم بالإقامة الدائمة في المستشفىٰ؟، ولسوء الحظ لم تكن هذه الدراسة سليمة من حيث مقارنة العلاج السلوكي، والعلاج النفسي بطريقة التحليل النفسي.

وكشكل آخر من أشكال العلاج طبّق علىٰ كلتا المجموعتين، هذا

بالإضافة إلى أن كلتا المجموعتين قد تلقّت أشكالاً أخرىٰ من العلاج بالصدمة الكهربائية والعقاقير، ومع ذلك فإن مجموعة العلاج السلوكي قد تلقىٰ أفرادها العلاج بالكف بالنقيض مع التحصين الحيوي الواقعي، بينما المجموعة الضابطة كان أفرادها قد عولجوا بالعلاج النفسي، وكانت الفروق بين أفراد المجموعتين من حيث نتائج العلاج معقولة وهامة، ويمكن أن يعزىٰ ذلك إلىٰ فعالية شكل العلاج المقدّم للمرضىٰ، وقد تمَّ إستخلاص مجموعة من النتائج الهامة تشير إلىٰ أنَّ العلاج السلوكي له فائدة بسيطة علاوة علىٰ العلاج النفسي، والجدول التالي يوضح ذلك.

مرضى الخوف المرضي من الزحام (أعراض الخوف فقط)

(Agoraphobic patients): (phobic Symptoms)

طريقة العلاج	الحالة	نهاية العلاج	بعد شهر واحد	بعد ثلاثة أشهر	بعد سنة
مجموعة العلاج السلوكي	تحسن كبير	٩	٨	٩	٩
	دلائل تحسن	٣	٤	٣	٤
	لا يوجد تحسن	٨	٨	٨	
مجموعة العلاج النفسي	تحسن كبير	٥	٤	٦	
	دلائل تحسن	٦	٨	٧	
	لا يوجد تحسن	٩	٨	٧	٦

مرضى الخوف المرضي من الزحام (ألتحسن العام للمريض)

(Agoraphobic patients): (general improvement)

طريقة العلاج	الحالة	نهاية العلاج	بعد شهر واحد	بعد ثلاثة أشهر	بعد سنة
مجموعة العلاج السلوكي	تحسن كبير	٣	٣	٣	
	دلائل تحسن	٧	٧	٩	٧
	لا يوجد تحسن	١٠	١٠	٨	٧
مجموعة العلاج النفسي	تحسن كبير	٢	٢	٣	٣
	دلائل تحسن	١١	٧	٦	٨
	لا يوجد تحسن	٧	١١	١١	٦

إن الفروق الأساسية تظهر لنا في الجدول السابق من خلال المجموع الكلي للمرضىٰ الذين أبدوا تحسناً كبيراً (much improved) وذلك في حالة شفاء أعراض الخوف (phobic Symptoms)، حيث تظهر أفضلية العلاج السلوكي بعد انتهاء العلاج مباشرة (At the end of treatment)، ونلاحظ أيضاً بالنسبة للمرضىٰ الذين أبدوا تحسناً أن النتائج متقاربة بين طريقتي العلاج، والواقع أن فوائد العلاج لا تظهر بشكل أساسي إلاّ بعد سنة علىٰ الأقل من إنتهاء العلاج، ويمكن القول بأن النتيجة الواقعية للذين تحسنوا تصل نسبتها إلىٰ حوالي (٦٠٪) بالنسبة لكلا النموذجين من العلاج (التحسن الكبير + دلائل التحسن).

أمّا بالنسبة للجدول الثاني فيشير إلىٰ مستوىٰ التحسن العام للمريض (توافق عام)، ونلاحظ أن النتائج تختلف عن النتائج المبيّنة في الجدول السابق، وهذا ليس بالمدهش في حالة العلاج السلوكي الذي يعتمد بصورة خاصة علىٰ علاج الأعراض، علىٰ العكس من العلاج النفسي الذي لا يعترف بعلاج الأعراض، ومع ذلك فقد توصل إلىٰ نفس النتائج تقريباً، ومن الطبيعي بالنسبة إلىٰ علاج الأعراض وكما هو مبيّن في الجدول الأول ستكون نتائجه لصالح العلاج السلوكي، أما بالنسبة للجدول الثاني فلا يلاحظ أي فرق واضح في شكل ومدىٰ التأثير العلاجي بين العلاج النفسي، والعلاج السلوكي بواسطة الكف المتبادل، وطبعاً فإن هذه النتيجة تختلف عمّا جاء به كل من وولب ولازاروس سابقاً وذلك في معالجتهم لحالات عادية من الأفراد تعاني من مخاوف بسيطة، وهذا الفرق يتجلىٰ في أن نسبة تقدّر بحوالي (٤٠٪) من الحالات العصابية لا تستجيب للعلاج السلوكي إطلاقاً.

من ناحية أخرىٰ إذا تفحّصنا المعلومات والنتائج المتعلقة بعلاج المرضىٰ من المخاوف المرضية غير حالات الخوف المرضي من الإزدحام والمناطق المكشوفة، فإننا سنجد أن هذه النتائج أكثر ملائمة للعلاج السلوكي (أي لصالح العلاج السلوكي)، حيث نجد في نهاية مرحلة العلاج السلوكي أن جميع الحالات وعددهم (١١) حالة قد أبدوا تحسناً ملحوظاً، بينما ثلاثة فقط من أصل عشر حالات عولجوا علاجاً نفسياً (التحليل النفسي) قد انتهوا إلىٰ نفس النتيجة، أمّا الفرق بعد مضي سنة من العلاج فقد أصبح ضعيفاً لحد ما، ولكنه بقي ـ (أي هذا الفرق) ـ يعكس الفاعلية الكبيرة للعلاج السلوكي في علاج هذه الأشكال من المخاوف المرضية، ويمكن أن نستنتج من ذلك أن طريقة الكف بالنقيض لها بعض المزايا والفوائد ليس فقط في علاج هذه الأنواع من الإضطرابات (المخاوف)، بل وفي الإضطرابات العصابية الأخرىٰ.

لقد حاول كل من جيلدر (Gelder)، وماركيز (Marks)، (١٩٦٦) القيام بدراسة أخرىٰ يستخدمون فيها طريقة الكف بالنقيض والتحصين المنظّم،

ومقارنة نتائج الدراسة بنتائج العلاج النفسي، وقد بلغت عينة الدراسة (٢٠) مريضاً يعانون من الخوف المرضي من المناطق المكشوفة أو الفسيحة (Agoraphobia)، وتمَّ تقسيم هذه العيّنة إلىٰ مجموعتين للعلاج، وبالرغم من أن العَرَض الأساسي هو الخوف المرضي من المناطق المكشوفة، كان يظهر لدىٰ جميع المرضىٰ بعض العلل والمشكلات مثل الإحباط، والوسواس، والإضطرابات الجنسية، . . . إلخ، وكان من الضروري علىٰ المعالج أن يسوّي بين المجموعتين بحيث يكون بينهما نوع من التجانس أو التكافؤ من حيث نوع الإضطرابات، والمتغيرات الأخرىٰ، وقد تمَّ معرفة أثر عامل العمر، ودوام وشكل العَرَض، وشدة الخوف، كما تَمَّ ضبط هذه المتغيرات مع متغيرات أخرىٰ، وكان الهدف إيجاد مجموعتين متشابهتين من حيث المتغيرات قدر المستطاع، بحيث يمكن أن يكون الفرق في النتائج راجعاً إلىٰ طريقة العلاج فقط، وبهذا تكون الدراسة أكثر فائدة والنتائج تخضع لأثر عامل واحد وهو اختلاف طريقة العلاج، ومن الطبيعي أن إجراء عملية ضبط شاملة لجميع العوامل المتدخلة في التجربة صعب جداً في أي دراسة كانت، كما أنه ستواجهنا في مثل هذه الدراسة بعض الصعوبات، من بينها هو أنَّ العلاج السلوكي داخل المجموعة الواحدة من المرضىٰ ليس واحداً، حيث أن بعض المرضىٰ سيعالجون بطريقة التدريب التأكيدي «تأكيد الذات» (Assertive training)، وهي طريقة من طرق الكف بالنقيض، والبعض الآخر سيعالج بمساعدة بعض المواد الكيميائية مثل الليبريوم (Librium)، أو أمثال الصوديوم (Sodium amytal) وذلك من أجل تسهيل عملية العلاج، من ناحية أخرىٰ فإن المرضىٰ في مجموعة العلاج النفسي سيخضعون لعلاج يعتمد علىٰ المقابلات، (Interviews) التي تركز علىٰ مجرىٰ المشكلات الداخلية للمريض والمرتبطة بالخبرات السابقة.

كما أن أفراد هذه المجموعة سيستخدمون العقاقير إذا وجدوا أن ذلك يساعد في العملية العلاجية (من أجل الإسترخاء وإضعاف المقاومة)، والواقع أنه في هذه الدراسة قد أستعين بالعقاقير بالنسبة لسبعة من المرضىٰ من أصل

عشرة، ومن ناحية أخرىٰ يمكننا أن نتساءل فيما إذا كان جميع المرضىٰ قد عولجوا من قبل أشخاص لا نعتبرهم علىٰ خبرة كـافية في أشكـال العلاج الأخرىٰ، لذلك فإنهم قد لا يستطيعون الوصول إلىٰ هذه النتيجة.

إن جميع أفراد المجموعتين كانوا يتعرضـون للعلاج في كـل أسبوع ثلاث مرّات، وكانت الجلسة العلاجية تدوم في كل مرّة (٤٥) دقيقة، وفي نهاية العلاج لوحظ أن سبعة فقط من أصل عشرة مرضىٰ في كل مجموعة قد ظهر عليهم نوع من التحسّن بـالنسبة إلىٰ العَـرَض الأساسي «الخـوف من المناطق المكشوفة»، وقد كانت درجة التحسّن أكبر قليلاً في حالات العلاج السلوكي. كما لوحظ في نهاية العلاج أيضاً أن جميع المرضىٰ بقوا يعانون من بعض الصعوبات بالنسبة للعَرَض الأساسي، وهذه الصعوبات تختلف من حيث الضعف أو الشدّة بين الأفراد، كما أن جميع المرضىٰ نما لديهم ميلاً نحو فقدان هذا التحسّن تدريجياً وذلك بعد فترة من الزمن (بالنسبة للعرض الأساسي وكشكل من بداية إنتكاس).

كذلك فإن العلاج كان أكثر فاعلية عندما شمل الأعراض الأخرىٰ مثل: (المخاوف، الوساوس، القلق، الإحباط)، حيث ظهر علىٰ المرضىٰ نوع من التغير نحو الأفضل، وقد وجد بأن هناك تحسناً طفيفاً يتجلىٰ في أن المرضىٰ أصبحوا أكثر هدوءاً، وتكيّفاً وخاصة في مواقف العمل والراحة، وفي السلوك الجنسي، والعلاقة مع الآخرين، وفي درجة الشعور بالرضىٰ الذاتي، باستثناء حالة واحدة عولجت بالعلاج النفسي، وقد لوحظ لدىٰ هذه الحالة التحسن كما لوحظ لديها نوع من الإنحراف أو الفساد (Deterioration) في العلاقـة العائلية، وعلىٰ كل حال فإن أي نتيجة نصل إليها بعد العلاج مباشرة هي أضعف مما هي عليه بعد ستة أشهر، أو بعد مضي سنة من العلاج، وبعض المرضىٰ تصير حـالتهم لأحسن (والبعض الآخر تنتكس حـالتهم)، وبصورة عـامة إن النتـائج كـانت من وجهة نـظر المعالجين النفسـانيين والمعالجين السلوكيين مخيّبة للأمل، ويبدو أن ذلك يرجع إلىٰ الفروق بين الأفراد من حيث الإستجابة للعلاج، وقد وجد في هذه الدراسة بأن النتائج الأكثر نجاحاً

هي التي ترتبط بالمرضى الذين لا يعانون من شدّة في أعراضهم قبل العلاج، وتاريخهم يدل علىٰ أنهم أكثر تكيّفاً في عملهم، وأكثر رضى نفسي من غيرهم، ويبدو أن علاج حالات الخوف من الأماكن المكشوفة قد لا يكون بنفس سهولة علاج حالات المخاوف الأخرىٰ.

وفي دراسة مضبوطة أخرىٰ قام بها جيلدر، وماركز، مع وولف (Wolff) (١٩٦٧)، حاولوا خلالها مقارنة فاعلية التحصين المنظّم الخيالي «التصوّري»، مع العلاج النفسي في علاج المخاوف، وقد تمّ معالجة جميع المرضىٰ الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة دون الاعتماد علىٰ أية طريقة من العلاج من طرق المقارنة، وحتىٰ أصبحت حالة المرضى الذين يعانون من حالات شديدة أفضل، وبحيث تساوت جميع الحالات تقريباً وزالت حالة الوسواس والكآبة التي كانت لدىٰ بعض المرضىٰ، وبعد ذلك تمّ توزيع المرضىٰ علىٰ ثلاث مجموعات هي:

١ ـ المجموعة الأولىٰ مكونة من (١٦) مريضاً، يعالجون بالعلاج السلوكي وبطريقة التحصين التصوّري.

٢ ـ المجموعة الثانية، مكونة من (١٦) مريضاً، يعالجون بالعلاج النفسي الجماعي.

٣ ـ المجموعة الثالثة مكونة من (١٠) مرضىٰ، يعالجون بالعلاج النفسي الفردي.

وهذه المجموعة الأخيرة ذات الحجم الصغير والتي ستتلقىٰ علاجاً نفسياً فردياً قد وضعت بسبب العدد المحدود من الإخصائيين الأكفاء والمجربين المتوفرين، إلا أن ذلك قد ينشأ عنه أنَّ التأكيد علىٰ تقديم الخدمة العلاجية لهؤلاء المرضىٰ من قبل أطباء مهرة ومعالجين مجربين سيترك العلاج السلوكي أقل فائدة لحد ما. والواقع أن كلتا المجموعتين الثانية والثالثة قد أشرف علىٰ علاجهم النفسي إخصائيين إخصائيين في العلاج متدربين ولديهم خبرة في مجال العلاج لا تقل عن (١,٥) سنة، مقابل ذلك أجرىٰ أربعة أو خمسة من

الأطباء النفسانيين علاجاً سلوكياً بالنسبة لأفراد المجموعة الأولىٰ ودون أن يكون لديهم أية خبرة سابقة في العلاج، لذلك يمكن القول بأن عاملي:

١ ـ ضعف الخبرة والكفاءة في التدريب سيؤثر في نتائج العلاج (السلوكي).

٢ ـ وأن هناك أثر هام لنظرية التعلم من الناحية التطبيقية.

يؤثران في فاعلية العلاج السلوكي «بالنسية لهذه الدراسة»، وقد تضمّنت هذه المجموعات الثلاث مجموعة من المخاوف المرضية موزعة علىٰ الشكل التالي:

١ ـ مجموعة العلاج السلوكي:

ـ ثمانية حالات تعاني من الخوف من المناطق المكشوفة.

ـ أربع حالات تعاني من الخوف المرضي من المجتمع «الحشد والتجمعات».

ـ أربع حالات مخاوف أخرىٰ.

٢ ـ مجموعة العلاج النفسي الجماعي:

ـ سبع حالات تعاني من الخوف المرضي من المناطق المكشوفة.

ـ ثلاث حالات خوف مرضي من المجتمع (Social phobias).

ـ ست حالات مخاوف أخرىٰ.

٣ ـ مجموعة العلاج النفسي الفردي:

ـ سبع حالات تعاني من الخوف المرضي من المناطق المكشوفة.

ـ ثلاث حالات خوف مرضي من المجتمع.

والعلاج السلوكي يتضمّن تحصين تصوّري خيالي، جلسة واحدة لمدة ساعة كل أسبوع.

أمّا العلاج النفسي الجماعي فقد كان يجريٰ لمدة ساعة ونصف كل أسبوع، والعلاج النفسي الفردي كان يجريٰ لمدة ساعة كل أسبوع، وكان يتضمّن تحليل الأفكار، والخيالات، والمشاعر، والأفعال، وعلاقة ذلك بالخبرات السابقة.

بالإضافة إلى ذلك فإن بعض الأفراد داخل كل مجموعة تلقّوا علاجاً إضافياً ببعض العقاقير (Drugs)، وكان الهدف من العلاج التخلّص من الخوف المرضي الأساسي «العَرَض الأساسي»، وقد ظهر من النتائج بما لا يقبل الشلك بأنّ العلاج السلوكي قد برهن علىٰ أنه أكثر فاعلية في الوصول إلىٰ نتائج حسنة وبسرعة جيدة ، وقد عبَّر عن ذلك كل من المرضىٰ، والأطباء، والمعالجين، ثم إن كفاءة العلاج السلوكي بالنسبة إلىٰ باقي المجموعات تتجلىٰ في مدّة العلاج، فقد بلغ متوسط مدّة العلاج السلوكي حوالي تسعة أشهر، وبالنسبة للعلاج النفسي الجماعي ثمانية عشر شهراً، والعلاج النفسي الفردي إثني عشر شهراً، أمّا متوسط الجلسات العلاجية فكانت أكبر مما رأيناه في حالة المخاوف العادية.

وبعد العلاج تمَّ متابعة المرضىٰ لمعرفة نسبة الإنتكاس لديهم، واستمرت المتابعة لثمانية عشر شهراً، وكانت النتائج أنه بعد فترة تسعة أشهر ظهرت بوادر الإنتكاس في حالات العلاج السلوكي، وبعد فترة ستة أشهر ظهرت حالات الإنتكاس لدىٰ حالات العلاج النفسي الفردي، كما أن حالات الإنتكاس ظهرت مباشرة بعد انتهاء العلاج النفسي الجماعي، وعلى الرغم من ذلك فقد ظلت نتائج العلاج النفسي هي الأفضل من أجل شفاء العَرَض الأساسي، والنتائج بقيت إيجابية بالنسبة لطريقة العلاج السلوكي حتىٰ بعد أن عولجت الحالات الأخرىٰ التي يعاني منها المرضىٰ غير المخاوف، مع الإشارة إلى أن معاجلة الأعراض الأخرىٰ (المصاحبة للمخاوف) من إحباط، وقلق، بالإضافة إلىٰ علاج المخاوف أدىٰ إلى تعديل النتيجة قليلاً، حيث ظهر بأن المرضىٰ الذين عولجوا علاجاً نفسياً جماعياً قد بدا عليهم الهدوء، وضعف القلق، أكثر من أفراد المجموعتين الأخريتين، بينما لوحظ بأن أعراض

الوساوس والكآبة لم تتأثر بهذه الطريقة من العلاج وبالأشكال الأخرى من العلاج، ومع ذلك فإن المؤشرات العامة تشير إلىٰ أن العلاج السلوكي أعطىٰ أفضل النتائج بشكل عام فيما يتعلق بالإضطرابات العصابية بالمقارنة بالعلاج النفسي الجماعي أو الفردي، وبصورة خاصة فيما يتعلق بعلاقة المريض بأفراد أسرته، وبعلاقاته خارج أسرته، علماً أن بعض أشكال هذه العلاقات قد تحسنت بواسطة العلاج النفسي الجماعي.

وفي تجارب أخرىٰ متابعة بعض المرضىٰ العصابيين الذين يعانون من مشكلة عدم القدرة علىٰ التكيّف داخل المهنة أو العمل، واستخدم في علاجهم طريقة التحصين المنظّم، والعلاج النفسي الجماعي، والعلاج النفسي الفردي وقد كانت النتائج كالتالي:

طريقة العلاج	الحالة بعد العلاج	عدد الحالات
التحصين المنظّم	حالات تحسنت بشكل جيد	٣
	حالات تحسنت بشكل ممتاز (much improved)	٦
	حالات لم تتغير (unchanged)	٤
علاج نفسي جمعي	حالات تحسنت بشكل ممتاز	٢
	حالات لم تتغير	١٢
علاج نفسي فردي	حالات تحسنت بشكل ممتاز	٣
	حالات تحسنت بشكل عام.	٥
	حالات لم تتغير	٢

وقد توبعت هذه الحالات لمدة من الزمن وتبيّن أنه لا توجد أعراض جديدة تحل محل الأعراض القديمة (علىٰ حد زعم جماعة التحليل النفسي)، وأن نتائج العلاج السلوكي كانت فعّالة.

بعد هذه التجارب العديدة، ماذا يمكننا أن نستنتج؟ وهل كانت المقارنات بين اتجاهات العلاج المختلفة ملائمة؟ وهل يمكننا أن نقرر بعض الحقائق استناداً لهذه التجارب؟، الواقع يجب أن نكون حذِرين عند إجابتنا عن هذه الأسئلة، حيث أنَّ هذه الإجابة تتعلق بطبيعة الدراسات السابقة، ونوع العينات التي استخدمت من المرضىٰ، فالعينات قليلة، وغير متوازنة (أو متجانسة في الأعراض والظروف).

ثم إن المعالجين والمرضىٰ قد يتعرضون للخطأ بسبب عدم الضبط المحكم للتجارب، وبسبب العوامل الذاتية، ونقص الخبرة لدىٰ بعض المعالجين، وبشكل عام يمكننا أن نستنتج من الدراسات السابقة ما يلي:

١ ـ إن نتائج علاج المرضى العصابيين كانت أفقر من النتائج لدىٰ الأفراد العاديين بالنسبة للعلاج السلوكي التحصيني.

٢ ـ إن العلاج بالتحصين المنظّم أظهر فاعلية جيدة في علاج الأعراض الأساسية للخوف (الخوف من المناطق المكشوفة) بالمقارنة لباقي طرائق العلاج.

٣ ـ لوحظ أن عملية التحصين أكثر فاعلية وسرعة في العلاج وخاصة في علاج المخاوف الأخرىٰ غير الخوف من المناطق المكشوفة.

والسؤال الذي يطرح الآن هو معرفة فيما إذا كانت هذه النتائج السابقة قد ألقت الضوء علىٰ صلاحية النظريات والإفتراضات التي يعتمدها العلاج السلوكي؟ ولا شك بأن هذه النتائج السابقة دعّمت لحد ما الإطار النظري للعلاج السلوكي وذلك من ناحيتين هما:

١ ـ إن العلاج السلوكي يعالج العَرَض الأساسي، وفي نفس الوقت يمنع من

تعميم هذا العَرَض إلىٰ نـواحي ومجالات أخـرىٰ، وحيث أن العَرَض الأساسي يشكل مركز العصاب، وأن جميع الأعـراض الأخرىٰ تـرتبط بالعرض الأساسي.

٢ - ثم إن عملية العلاج المنظّمة والمبـاشرة لا تؤدي إلىٰ ظهـور أعراض أخرىٰ، وهذا ما يؤكد علىٰ أن إزالة العَرَض الأساسي يساعد في إزالة الأعراض الأخرىٰ المصاحبة، ولا يؤدي إلى ظهـور أي عرض آخـر، وهذا ما يشير إلى أن العرض الأساسي هو ليس العقدة النفسية الكامنة لدىٰ الفرد. وهذا ما يقّـوض أركان الفكـرة الشائعـة بأن العَـرَض هو الجانب المرئي للمصدر الرئيسي للإضطراب، (العقدة النفسية الخفيّة)، وممالا شك فيه أن العلاج السلوكي بحاجة إلىٰ مشوار طويل من أجل الوصول إلى حقائق، ولكن النتائج المنطقية التي إنتهىٰ إليها تجعله أكثر ثباتاً، وعلىٰ الأقل يمكننا أن نشير إلىٰ نتائج أكثر صدق، وفعالية بالنسبة للعلاج النفسي التقليدي، ولا بدّ من تجارب أخـرىٰ تتناول طـريقتي العلاج النفسي، والعلاج السلوكي.

الفصل التاسع
معقولية علاج خفض القلق
(The Rational Of Anxiety Reduction Therapy)

الفصل التاسع
معقولية علاج خفض القلق

(The Rational Of Anxiety Reduction Therapy)

لقد أشار العالم آيزنك (H. J. Eysenck) إلىٰ أن مشكلة علاج الإضطرابات النفسية يمكننا أن نتناولها من خلال واحدة من الطرق الثلاث التالية:

١ ـ **الطريقة الأولىٰ**: ويسميها آيزنك بالطريقة الفكرية أو الخيالية (Notional method) وهو يشير هنا إلىٰ طريقة تشبه الأمور الغيبية في مرحلة سابقة لنشوء العلم (pre - scientific)، مع الإشارة إلى الجوانب العملية في هذه الطريقة، وذلك لأن هذه الطريقة تشبه ما يقوم به العرّاف من قراءة للبخت، مع الإعتماد علىٰ علم الفراسة (phrenology) بعيداً عن الأسس الواقعية.

٢ ـ **الطريقة الثانية**: وهي الطريقة الأكثر فائدة ويمكننا أن نسمّيها بالطريقة الإختبارية (Empirical)، وهذه الطريقة لها صفة ومدلول عملي، ولم يعرف حتى الآن السبب في أنَّ مثل هذه الطرق تكون ناجحة أحياناً.

٣ ـ **الطريقة الثالثة**: وهي الطريقة التي تشتمل علىٰ طرق عملية ناجحة، مستخدمة في مجال الطب العام، وفي مجال الطب النفسي، مثل إستعمال الصدمة الكهربائية في علاج حالات الكآبة الشديدة، ومثل هذه الطرق ما زالت نتائجها حتىٰ الآن غير ثابتة.

إن كلتا الطريقتين الأولىٰ والثانية تشتملان علىٰ بعض المخاطر بسبب تعرضهما للأخطاء الذاتية، والواقع أن الإضطراب ـ النفسي ـ إن هو إلّا تلك الطرق الإختبارية التي تحولت لدىٰ الفرد إلىٰ عادة فكرية (عصابية)، وعلى سبيل المثال ما يجري في الولايات المتحدة الأميركية في حالات استئصال اللوزتين لدىٰ الأطفال (tonsillectomy) المرضىٰ، حيث يخضع هؤلاء الأطفال إلىٰ برنامج عمل يهدف إلىٰ تعريف الأطفال بالفوائد التي يستفيد منها الأطفال في حالة إزالة اللوزتين (ورفع المخاطر عن حالتهم)، وقد وجد بأن الطريقة الوهمية والطريقة الإختبارية يفضّل أن يكونا مع بعض، ويبدو أن هذه الطريقة (الوهمية) تفيد لدىٰ بعض المرضىٰ النفسيين الذين يشعرون بنوع من الحساسية الشديدة والنقد من جراء علمهم بأن مرضهم خطير وبسبب اضطراب عقلي، لذلك فإن معظم المرضىٰ يعالجون بالطرق النظرية والإختبارية حتىٰ تخف لديهم هذه الحساسية ويشعرون بأن مرضهم له أساس نظري (فكري) كما أن له أساس عضوي.

وفي رأي آيزنك أن معظم طرائق علاج الإضطرابات العصابية تعتمد علىٰ هذه الطريقة الوهمية (النظرية) الغير مقبولة علمياً، والتي ينقصها شيء من القيمة العملية التي تخوّلنا من أن نقول عنها أنها إختبارية، إن العلاج النفسي السلوكي قد اشتق من صلب النظريات النفسية والتجريب لذلك يمكن القول بأنه يعتمد علىٰ أسايس عملي، وأن النتائج التي تمَّ الحصول عليها من هذا العلاج تثبت صدق ذلك.

وتجدر الإشارة إلىٰ أن النتائج العملية التي انتهينا إليها من خلال التحصين المنظّم هي غير كافية ولا تمثل الجانب العملي تماماً، ومهما يكن من أمر فإن العلاج السلوكي لا زال في بداية الطريق والتحصين المنظّم بمثابة القوّة الدافعة له (Momentum). إن الأساس الذي يعتمد عليه العلاج السلوكي هو أن السلوك العصابي (Neurotic behaviour) هو سلوك مكتسب متعلم (Learned)، وعن طريق عملية الترابط فإن الحالات الإنفعالية الشديدة (مواقف الخوف والقلق) تصبح مرتبطة بالحوادث المريحة الهادئة والغير مضرّة

كما ترتبط بمواضيع، أو مواقف معيّنة، ويبدو لآيزنك بأن الحوادث الصدمية «من الصدمة» هي التي تشكل الجذر الأساسي لاستجابة الخوف المرضي، إلّا أنه يعتبر بأن الخوف المرضي أكثر إحتمالاً بالنسبة للحوادث الشبه صدمية (Sub - traumatic) وهي المسئولة عن إنتشار القلق.

في مثل هذه الحالات، وإستناداً إلىٰ هذه الحقيقة نجد بأن القلق يرتبط بأي مثير حيادي عن طريق الإشراط، أمّا عن الأساس التجريبي للعلاج السلوكي فهو يعتمد ـ أي هذا الأساس ـ علىٰ الدراسات الحيوانية بالإضافة إلىٰ الدراسات الإنسانية، أما بالنسبة لإشراط الأنماط العصابية، ففي معظم الحالات يتوقف ذلك علىٰ مدىٰ المقارنة أو المشابهة التي يمكننا أن نستخلصها من الدراسات حول العصاب التجريبي لدىٰ الحيوان مثل الدراسات التي أجريت علىٰ الفئران، والقطط، والكلاب، والماعز، وكذلك دراسات العصاب التجريبي التي أجريت على الإنسان، ـ (تجربة واطسون وماري جونز علىٰ الطفلين بيتر وألبرت) ـ، وربما تكون المشابهة من خلال أشياء أخرىٰ، حيث أن جوزيف وولب وبعض المعالجين السلوكيين يسعون وراء معرفة موضع معين للقلق العصاني في منطقة تحت اللحاء (Sub - Cortical) أو في مستوىٰ تحت التفكير (Sub - thinking).

وإستناداً إلىٰ طريقة الكف بالنقيض لدىٰ وولب، فإن عملية العلاج بهذه الطريقة تؤدي إلىٰ نتائجها عن طريق تكرار عملية كف القلق المقترن بإستجابة غير سارّة، إن مدرج القلق الذي يقدم من خلاله المواقف المختلفة للمريض (المثيرة للخوف أو القلق) يشكل عنصراً هاماً وأساسياً، حيث يتم إستجرار (Elicited) جزء بسيط من القلق وكفّه بنجاح في نفس الوقت الذي يقوم به المريض بالإستجابة المضادة للقلق (الإسترخاء مثلاً)، هذه العملية التي تؤدي إلىٰ إطفاء أو إخماد (Extinction) أجزاء من القلق لا تتم في وقت واحد، حيث أن عملية الكف تتكرر عدة مرّات حتىٰ يضمن المعالج أن القلق

أصبح مستقلاً عن المثير[1]، أو منفصلاً عنه لحد ما، وتدريجياً تتكون لدىٰ الفرد عادة جديدة، وقوة هذه العادة الجديدة تزداد تدريجياً حتىٰ تزول العادة القديمة، لذلك نجد بأن طريقة وولب تعتمد علىٰ مبدأين نفسيين هما:

١ - تكرار تقديم الظرف المثير للقلق وذلك إمّا بصورة حيوية واقعية أو تصوّرية.

٢ - تعليم المريض عادة مختارة مضادة للقلق مثل عادة الإسترخاء.

ولكن المشكلة أن (جوزيف وولب) أجرىٰ تجاربه علىٰ الحيوانات، واشتق من هذه التجارب طريقته حول الكف بالنقيض، وهذه التجارب لم تكن مقنعة وحاسمة، حيث لم تقم هناك تجارب أو محاولات منظّمة من أجل تفحّص مدىٰ فاعلية أحد أو كلا المبدأين السابقين، وذلك من حيث قدرة كل مبدأ علىٰ إزالة القلق، فقد تكون حالة تكرار مثير القلق ضرورية أكثر. . . ، إن مثل هذه المشكلة قد أثارها العالم لومونت (Lomont) عام (١٩٦٥)، والذي قام بإعادة إختبار العديد من التجارب الحيوانية، وإنتهىٰ لومونت إلىٰ دراستين فقط ذات نتائج جيدة تمَّ الحصول عليها من خلال إستخدام الإستجابة المضادة الكافّة (أو المثبطة للقلق) (an inhibitory Counter Response)، وانتهى لومونت أيضاً آلىٰ أن عملية الإطفاء (Extinction) التي أشار إليها العالم الروسي بافلوف من خلال أعماله تعتبر من العناصر الهامة بالإضافة إلىٰ كون هذه العملية مضادة للإشراط، لقد استخلص كل من لومونت وإدوارد (Edwards) (١٩٦٧) إلى هذه الأمور من خلال تجربة استهدفت مقارنة عملية تحصين منظّم بدون حالة استرخاء، مع عملية تحصين منظّم

---

(١) مثلاً:

- رؤية العنكبوت تؤدي إلىٰ حالة قلق.
- رؤية مشهد ما مرتبط بالعنكبوت وموجود علىٰ مدرج القلق + إستجابة الإسترخاء يؤدي إلىٰ عدم وجود قلق، أو قلق طفيف.
- مع التكرار رؤية العنكبوت = لا يؤدي إلىٰ القلق أي أن حالة القلق أصبحت مستقلة أو منفصلة عن رؤية المثير (العنكبوت مثلاً).

يصاحبها عملية استرخاء، وقد أجريت هذه التجربة علىٰ عينة من الأفراد العاديين (الغير عصابيين) يعانون من الخوف من الأفعىٰ، وكانت النتيجة أن عملية التحصين مع الإسترخاء تؤدي إلىٰ نتائج ناجحة جداً، بينما فشلت التجربة كلية بدون الإسترخاء.

ومرّة أخرىٰ قام كل من جال وجال (Gale, Strumfels and Gale) (١٩٦٦) بإعادة النظر في العنصرين (أو المبدأين) اللذين تحدث عنهما وولب في علاجه، وتبيّن لجال وجال ضرورة عملية الإطفاء مع الإستجابة المضادة للقلق، وفي تجاربهما علىٰ الفئران البيضاء، قاما بتعريض مجموعة من الفئران إلىٰ صدمة كهربائية، وحتىٰ تكوّنت لديهم استجابة الخوف، وبعد ذلك أشرطت إستجابة الخوف إلىٰ صوت نغمة معيّنة (Tone)[1]، ثم قسمت عينة الفئران إلىٰ ثلاث مجموعات كالتالي:

١ ـ **المجموعة الأولىٰ**: قدّم لها تدريبات متدرجة من خلال مدرج للقلق مكوّن من أصوات مختلفة تشبه الصوت الأصلي، وتؤدي إلىٰ نفس النتيجة، ودون وجود إستجابة مضادة.

٢ ـ **المجموعة الثانية**: قدّم لها نفس مدرّج القلق السابق بالإضافة إلىٰ تقديم الطعام كإستجابة مضادة.

٣ ـ **المجموعة الثالثة**: لم يقدّم إليها أيّ علاج إطلاقاً.

وتبيّن من النتائج أن المجموعة الثانية أي مجموعة الكف بالنقيض كانت أفضل المجموعات، حيث أنَّ أفراد هذه المجموعة من الفئران قد تخلّت وبسرعة كبيرة عن إستجابة الخوف، بالمقارنة بالمجموعة الأولىٰ، إلّا أن هناك نقطتين علىٰ مستوىٰ من الأهمية في هذا المجال هما:

---

(١) الصدمة الكهربائية ← الخوف.
صوت أو نغمة + صدمة كهربائية ← الخوف.
مع التكرار يصبح الصوت ← الخوف.

١ ـ **النقطة الأولىٰ**: هي أن المجموعة الأولى من الفئران **قد ظهر عليها نوع** من التحسن (من أعراض الخوف) وإن يكن هذا **التحسّن بطيئاً، وهذا** يترتب عليه بأن عملية الكف بالنقيض (المجموعة الثانية) **لإستجابة** الخوف هي ليست السمة الرئيسية في العلاج السلوكي، **ولكنها تساهم** في زيادة فعّالية العلاج.

٢ ـ **النقطة الثانية**: وهي أنه عندما تجرىٰ أية محاولة للعودة بالحيوان ثانية إلىٰ أن يشعر بالخوف من الصوت، فإن هذا العمل يتم بسهولة في كلتا المجموعتين الأولىٰ والثانية(A + B) إلاّ أن هذه العودة إلىٰ تعلم إستجابة الخوف ثانية بدا عليها نوع من البطء بالنسبة لأفراد المجموعة الثالثة التي تلقت العلاج بواسطة الكف بالنقيض، وذلك بالمقارنة بأفراد المجموعة الأولىٰ، وهذا ما يؤكد علىٰ نظرية وولب بأن الكف بالنقيض كطريقة في العلاج السلوكي أكثر فاعلية من باقي الطرق العلاجية.

ويمكن القول بأن المشكلة لم تحل في مثل هذه التجارب، كما أنها لم تحل في دراسات راشمان (Racman)، ودافيسون (Davison) وآخرين، إلاّ أن هذه الدراسات والتجارب تشير إلىٰ أن طريقة التحصين المتدرجة (قليلاً فقليلاً)، ومن ثمة وجود الإستجابة التي تعارض إستجابة القلق كلاهما يزيدان من فاعلية العلاج، ومهما يكن من أمر فإنه يبقىٰ العديد من المشكلات القائمة حول العلاج السلوكي والكف بالنقيض، واحدة من هذه المشكلات تدور حول صياغة وولب المنهجية لمبدأ الكف بالنقيض، حيث يصر وولب في هذا المبدأ علىٰ أن عملية قمع (أو تثبيط) للقلق كليّة أو جزئية يمكن الحصول عليها من جراء وجود الإستجابة المتعارضة (The incompatibles Response)،

ملاحظة: «يجب التمييز بين عملية الإطفاء (Extinction) التي تجري دون أن يكون هناك استجابة مضادة لإستجابة القلق كالطعام، أو الإسترخاء، مع الإعتماد على مدرج القلق، وبين عملية الكف (Inhibition) التي تكون بين استجابتين، استجابة خوف أو قلق، واستجابة أخرىٰ مثل الإسترخاء العضوي... حيث تكفّ الإستجابة الأقوى (الاسترخاء) الإستجابة الأضعف (إستجابة القلق).

والتسليم بذلك أي بأن هذا القمع الجزئي للقلق هو كافٍ ويفي بالمراد يؤدي علىٰ الأقل إلىٰ حدوث صعوبتين (Two difficulties) ذات طابع نظري.

أولىٰ هذه الصعوبات تدور حول أنه إذا كانت عملية قمع القلق جزئية فقط، فإن هذا يعني إمّا أن الإستجابتين المختلفتين بإمكانهما أن تؤثران في نفس الوقت، وبهذا يمكننا أن نتوقع النتائج التالية: أمّ أن الإستجابة الأصلية (القلق) المتعارضة لا يمكنها الحدوث، أو أن إستجابة القلق فقط هي التي تستثار (أي تتغلب علىٰ إستجابة الإسترخاء أو الطعام) وبحيث يمكن القول بأن هذه الإستجابة قد نجحت في عملية الكف النقيضي، وبإمكان تحقيق ذلك بالنسبة لأي نظام إستجاني تنافسي. وهذا سيجعلنا ندرك وعن طيب خاطر بأن هذه الحالة لا تمثل الصعوبة الوحيدة في الأرضية النظرية ولكن هناك جانب علمي للمشكلة وعلىٰ مستوىٰ كبير من الأهمية يتمثل في أن مرور الفرد بخبرة بسيطة ولأقل قدر من القلق خلال عملية العلاج التحصيني تعتبر القاعدة إلىٰ حد ما أكثر منه إستثناء. ولكن لماذا في مثل هذه الحالة يكون الوثاق أو الترابط بين مثير القلق (المشاهِدْ The Scenes) وبين الإحساس بالخوف ضعيفاً وغير قوياً خلال عمليات العلاج؟ وهل هذا في الواقع يوحي لنا بأن بعض أنماط من عمليات الإطفاء لها أرجحية آلية أكبر من غيرها؟ وهل هناك ضرورة في الواقع إلىٰ أن يكون نظام الإستجابات المتبادلة متعارضاً مع القلق؟

إن استخدام الإسترخاء كإستجابة مضادة للقلق، كما رأينا عند جاكيسون (Jacobson) يعتمد علىٰ أن الحالة الإنفعالية تأتي من الحوافز أو الدوافع الذاتية[1] (Proprioceptive impulses)، وأن التقلص العضلي يصاحب جميع ردود الفعل الإنفعالية، وقد اعتبر جاكبسون أن حالة الإسترخاء العضلي

---

(١) الدوافع الذاتية هي التي تنتج عن إحساس الفرد بوضعه وبجسمه، وهي منبعثة من العضلات والأوتار والمفاصل، والأربطة ومن أعضاء التوازن. وقد آثر المترجم ترجمة كلمة (Impulses) بحوافز، أو دوافع من دفعات لأنها تفيد الغرض في هذا المجال.

ستكون مضادة للحالات الإنفعالية، ولقد أكّد جيلهورن (Gelhorn) (١٩٦٤) وجهة النظر التي تقول بأن هناك علاقة كفّية بين فاعلية العضلات وحالات الإنفعال، وإفترض جيلهورن أن لهذه العملّية التضادية أساس فسيولوجي يوجد بين المنطقة الأمامية والمنطقة الخلفية للهيبوتلاموس، وحسب وجهة نظر جيلهورن هناك نوع من التوازن بين هذين الأصلين، مثال ذلك عندما تكون أحد المناطق في حالة إستثارة، فإن القسم الآخر يقوم بعملية كف، أو قمع لهذه الأثارة، ويمكن أن نشاهد ذلك من خلال إرتفاع وانخفاض درجة حرارة المنطقة الأمامية (في الهيبوتلاموس) حيث تنخفض درجة الحرارة هذه في حالة الهدوء وترتفع في حالة الإثارة.

إن مثيرات البيئة الخارجية تغيّر من وضع الفرد ومن حالة التوتر العضلي لديه، وهذا من شأنه أن يعدّل من إتزان الهيبوتلاموس (وظيفياً)، وأضاف جيلهورن إلىٰ أنه عندما تتم عملية التفريغ (للخلايا العصبية) من القسم الخلفي للهيبوتلاموس فإن التوتر العضلي يزداد، وعندما تتم عملية التفريغ من القسم الأمامي للهيبوتلاموس فإن التوتر العضلي ينقص، ونفس الشيء عندما تضعف أو تزول النبضات العصبية في حالة إعاقة بعض الإرتباطات المتعلقة بالعصب العضلي، كما أنه قد تضعف حالة الإثارة عندما يسمح للحالة المضادة (الإسترخاء) أن تظهر، وحسب رأي جيلهورن فإن هذه النتائج تفترض الأساس الفسيولوجي الذي يشكل حلقة وصل بين حالات الشعور والإنفعال وحالات التوتر العضلي، وهذا ما ساعد علىٰ شرح طريقة العلاج بالإسترخاء، إن جيلورن قد شرح لنا كيف يتم تثبيط القلق عن طريق الإسترخاء، ولكنه لم يوضح لنا كيف تستمر عملية التثبيط هذه، ثم إنه يفترض أن حالة الإسترخاء مضادة لحالة القلق، ومعنىٰ ذلك أن المريض بدون حالة الإسترخاء سيعاني من القلق وبالتالي فإنه بعد عملية الشفاء وفي حالة عدم الإسترخاء سيعاني من القلق، ويجيب جوزيف ولب علىٰ ذلك بأنَّ هذه العملية ستصبح متعلمة أو مكتسبة وجزء من سلوك المريض وتصبح علىٰ شكل عادة.

من ناحية أخرىٰ إقترح كل من ليدر (Lader) وويتج (Wing) (١٩٦٦) مبرراً منطقياً للعلاج بطريقة الكف بالنقيض، وقد إقترحا بأن عملية التحصين هي ببساطة شكل من التعويد أو التوافق ولكن تحت شروط أكثر ملائمة للوصول إلى النتيجة المطلوبة، واعتبرا أن عملية التكيف مع الموقف تؤدي إلىٰ نتائج أكثر فاعلية وذلك عندما يكون المثير صغيراً (ضعيفاً)، والمريض يكون ضعيفاً في مستوىٰ فاعليته، وإن طريقة خفض شدّة المثير عن طريق إستخدامه قليلاً، فقليلاً تؤدي إلىٰ نتائج مرضية، وكذلك فإن خفض مستوىٰ فاعلية الفرد (إثارته) تؤكد علىٰ وضع الفرد في حالة إسترخاء، وأنه في حالة من الإثارة الداخلية هي أقل من أن تكون شعورية، وهذا يدعمه الدليل التجريبي الذي يشير إلىٰ أنَّ العلاقة العكسية يمكن أن توجد بين مستوىٰ فاعلية المريض، ومستوىٰ تكيّفه أو تعوده مع بعض المثيرات، والدراسات بيّنت أنّه إذا كان مستوىٰ الفاعلية (درجة إثارة المريض) عالياً، فإن المريض يصبح أكثر حساسية لأقل قدر ممكن من شدة المثيرات، وأن حالته هذه ستستمر لفترة من الزمن، من ناحية أخرىٰ أشار (ليدر) ووينج إلىٰ أنه إذا كان ما يعانيه المريض من قلق بسيط يؤدي إلىٰ درجة ضعيفة من الإثارة فإن الحالة المعاكسة تظهر مباشرة لدىٰ المَريض، وإن عملية تكرار أو الاستمرار في الزيادة التدريجية للإثارة تؤدي إلىٰ مستوىٰ منخفض من الفاعلية، من هنا نرىٰ دور عملية التعوّد (Habituation) التي تأخذ وبسرعة شكل عدم الإثارة أو الحساسية تجاه المثيرات، بينما في الحالات حيث تكون حالة المريض مثارة جداً، أو أن المريض في حالة سيئة، فإن هذه الأمور لن تحدث إطلاقاً.

والواقع أن عملية تكرار المثير يؤدي إلىٰ تنشيط أو رفع مستوىٰ الفاعلية العامة للفرد (لدرجة إلفة أو تعوّد هذه المثيرات)، ويلاحظ بأن عملية تكيّف المريض إلىٰ تكرار المثيرات أثناء عملية التحصين قد يشوبه شيء من الصعوبة بالنسبة لبعض الأفراد المرضىٰ الذين يعانون من قلق شديد، وقد حاول كل من ليدر ووينج إستخدام بعض الأدوات لقياس ذلك وإعتمدا علىٰ تحديد مدىٰ مقاومة الجلد للكهرباء أثناء تقديم المثيرات، (إجراء عملية

تخطيط للجلد كهربائياً Electrodermal)، وحيث أن المريض عندما يزول خوفه تضعف مستوىٰ إثارته ويكون أكثر سرعة وقابلية للتكيّف، وهذه العلاقة الإيجابية توجد أيضاً بين هذه القياسات وبين إستجابة المرضىٰ للعلاج السلوكي، ولأنه إذا كانت فرضيات ليدر وونك صحيحة فإن حالة الإثارة الشديدة (Hyper - excitable) للأفراد مع قدرة ضعيفة علىٰ التكيّف يمكن أن تكون ذات تأثير علىٰ طريقة الكف بالنقيض كطريقة علاجية، إن نجاح هذا الشكل من العلاج الذي يعتمد علىٰ علاج الأعراض الأساسية الأحادية (Mono - Symptomatic)، وعلىٰ علاج حالات محددة من الخوف المرضي، ويواجه بعض الصعوبات، يمكن أن يتفق مع هذه الفكرة (السابقة).

إن ملاحظة (وولب) الإكلينيكية تؤكد علىٰ أن المرضىٰ في حالة القلق الشديدة تكون إستجاباتهم لعملية التحصين المنظّم ضعيفة، ويضيف وولب بأن إستخدام مادة ثاني إكسيد الكربون (عن طريق الإستنشاق) يضعف من مستوىٰ القلق، كما أن عملية الغمر أو التعويم (Flooding)، أي تكرار عرض المثيرات المؤدية للقلق الشديد تكون غير ناجحة وتزيد من شدة القلق أكثر مما تضعفه.

ويبدو أخيراً إلىٰ أن تأثير العادة التي تكتسب يبقىٰ لأجل قصير (Short lived)، وأنه بعد فترة من الزمن يمكن للعضوية أن تستجيب مرة أخرىٰ ولنفس المثيرات (بالخوف والقلق)، وإن التجارب اليومية تؤكد ذلك، حيث أننا قد نتكيّف مع وسط فيه ضوضاء وإزعاج، وبعد فترة من الراحة من هذا الوسط المزعج نشعر بالضيق، ونضطر إلىٰ العودة مرة أخرىٰ للتكيّف مع نفس الوسط المزعج. ومن وجهة نظر العالم وولب فإن هذا التكنيك يؤدي إلىٰ زيادة مستوىٰ القلق عوضاً عن خفضه، وعلاوة عن ذلك فإن هناك تقرير قدمه العالم راشمان (Rachman) يتضمن خبرة معالجين آخرين إستخدموا طريقة التحصين، كما يتضمن تأكيدهم علىٰ أن البنود (أو الفقرات) (The items) التي توجد في قمة مدرج القلق تكون صعبة المعالجة أكثر من التي تقع في أسفل القائمة من المدرج، وهذا ما يجعلنا (بطريقة ما) نقترح بأن كمية

كبيرة من القلق الموجودة في الدرجات العليا من السلم في مدرج القلق تؤدي إلىٰ عدم حدوث التكيف الناجح الذي أكدّ عليه كلّ من ليدر، وونج، ومن ناحية أخرىٰ فقد يرىٰ البعض بأن هذا الشك يتبدد بسبب النتيجة التي تترتب علىٰ عملية كف الخبرات المبكرة للفرد، والتي تشير إلىٰ أن كمية القلق القليلة والمصاحبة للمشاهد والتي تقع في أسفل مدرج القلق يمكنها أن تزول بواسطة عملية الكف.

إن افتراض ليدر، ووينج، يوضح لنا الفكرة التي انتهىٰ إليها وولب. هذا بالإضافة إلىٰ وجود ملاحظات إكلينيكية تجريبية هامة تدعِّم وتتدعَّمْ بوجهة نظر كل من ليدر، ووينج، وولب، أكثرها أهمية الإمكانية العملية للتنبؤ فيما إذا كان العلاج بواسطة التحصين سوف يكون أو لا يكون ناجحاً، ويمكن القول بأن عملية التعّود (وإلفة المثير) لا يمكنها أن تكون العامل الحاسم المساهم في عملية الكف بالنقيض، وذلك بسبب الدراسات والبحوث التي أكدّت الحاجة في مثل هذا التكنيك إلىٰ عنصرين هاميّن هما (قليلاً ـ فقليلاً) ـ أي تقديم المثير تدريجياً من حيث الشدّة ـ وكذلك ضرورة وجود الإستجابة المتعارضة، فإذا كانت عملية التعوّد كافية ـ كما يرىٰ البعض ـ فإن العنصر الأول يصبح كافياً وفعالاً، ولكن ما إفترضه (ليدر ووينج) هو أن عملية التكيّف (مع المثير) تتطلب توفر شروط معيّنة ذات طبيعة تفاؤلية وتتضمن حالة ضعيفة من الإستثارة، والإسترخاء، ويمكننا واقعياً أن نقبل حتىٰ الآن ملاحظة إكلينيكية أخرىٰ قد أشير إليها سابقاً وهي أنّ عملية التحصين الخيالي (التصوري) التي تتم تحت ظروف معينة يبدو أنها تؤدي إلىٰ نتائج أفضل من طريقة التحصين الحيوية، وهذا أمر طبيعي بسبب عدة عوامل كنّا قد أشرنا إليها في السابق، ونحن إذا تمكّنا من إستخدام طريقة الإسترخاء فإن ذلك لا يعني أنه بإمكاننا كف حالة القلق، إلاّ إذا أمكننا توفير ظروف خاصة لخفض مستوىٰ الإستثارة التي هي عامل ضروري للتكيّف الناجح.

أخيراً يمكننا القول بأن ما تمَّ الإشارة إليه بشكل عام حول فاعلية

التعوّد، يشير إلى أنّ هذه الفعالية (بشكل عام) لا تدوم طويلاً (قصيرة الأجل Short Lived) كما أشرنا سابقاً، كما أن نظرية وولب وإفتراضات (ليدر وينج) يبدو أنها تقدّم شيئاً من الدعم إلّا أنه لا يمكننا إعتبارها نهائية وكافية تماماً، ولا بدّ لهذه النظريات وأمثالها من أن تعمل على الوصول لحقائق جديدة ترتبط بها وتدّعمها، وإذا فشلت في تحقيق تقدم في مجال فهم هذه النظريات، أو في مجال إجتياز بعض الإختبارات الحاسمة، فإنه يجب التخلّي عنها (Abandoned) وحتى يظهر بديل مفضّل وبناء أكثر ملائمة للعمل.

الفصل العاشر
طرائق أو تكنيكات متنوعة
(Miscellaneous Techniques)

الفصل العاشر
طرائق أو تكنيكات متنوعة
(Miscellaneous Techniques)

١ ـ التدريب التأكيدي (Assertive TrainingG):

آرثر (Arther,B) عامل في إحدى المصانع تعلم منذ حياته الباكرة أن يقمع مشاعره، وكان والده يضغط عليه باستمرار من أجل أن يتجنّب أزمات الحياة والصعوبات التي تعترضه عن طريق التقليل من الكلام، وفي صباح أحد الأيام تكلمت زوجته معه كلاماً قاسياً حاولت فيه جرح شعوره، وكعادته لم يجب علىٰ كلام زوجته بأي طريقة كانت، ولكنه غادر المنزل بكل هدوء إلىٰ مكتبه، وعندما وصل آرثر إلىٰ مقر عمله قام رئيس العمال (the boss) بانتقاده لخطأ كان قد قام به إنسان آخر، ومرة أخرىٰ بقي آرثر صامتاً، وحاول أن يتجاهل هذا التعليق الجائر من رئيس العمال، وبعد ذلك (وفي نفس اليوم أيضاً) قام مستخدم صغير يعمل مع آرثر بمضايقة آرثر وإهانته، وحتىٰ ذلك الحين لم يُظْهر آرثر أي رد فعل، إلىٰ أن ذهب أخيراً إلىٰ منزله حيث وجد أن شريط تسجيل كان قد قصَّ واستخدم بشكل سيء مما أدىٰ إلىٰ إستمرار وتصاعد غضب آرثر، وكان لا بدّ لآرثر في مخرج لأزمته، وفجأة إنفجر غيظة وثورته تجاه زوجته، ودون أن يستطيع ضبط نفسه، ولأنه كان يشعر بأنه لم يذنب في شيء، لقد ألمَّ به البؤس بسبب هذه الأحداث اليومية، وبدأ الشعور بالإثم يتصاعد في نفسه عندما كان يدرك بأن غضبه قد بولغ فيه وقد أساء توجيهه، إن كل ذلك جعله يشعر باليأس والإحباط، وبتمنياته بالإنتحار (Suicide).

وبالنسبة (لجوزيف وولب) فإن هذه الصعوبات التي يعاني منها هذا المريض تتعلق بالخوف من تأكيد الذات، وهذا الخوف نشأ مبكراً عندما درّبه والداه عليه، مما جعل ردود فعل آرثر تجاه عمليات الإحباط بسيطة وخاصة بالنسبة إلى الإنفعالات التي تلحق به، وبالنسبة للتجربة التي مرّ بها، ولم تعد تؤثر فيه تلك المشكلات التي تعترضه، هذه المشكلات التي تتوضع علىٰ حمولته الثقيلة من القمع والغيظ والغضب والتي اعتاد أن يتحملها، ويرىٰ وولب أن مهمة المعالج في مثل هذا الموقف تدريب آرثر لأن يعبّر (express) عن مشاعره بصورة طبيعية، متكيّفة، وبطريقة مفيدة، إن عملية التدريب هذه تشكل المادة الأساسية لما إعتدنا أن نسميه بالعلاج التأكيدي، (Assertive therapy)، أو التدريب التأكيدي، والهدف من ذلك تعزيز أي تغيّر يطرأ في حياة المريض، وخاصة في ظروفه وعلاقاته الشخصية الداخلية التي تظهر علىٰ شكل تكيّف مَرَضي - بفتح الميم والراء - بارز، إن وولب يعتبر هذا الشكل من العلاج خاصة من حالات مبدأ الكف بالنقيض، حيث يبدوا أنّ عملية التأكيد الذاتي تقوم بوظيفة إستجابة مضادة للقلق تماماً مثل إستجابة الإسترخاء، والإطعام، ولأنها تؤدي إلى نفس الوظيفة، ويبدو أنه ليس من البساطة القيام بعملية كف القلق بواسطة إستجابة التأكيد الذاتي وخاصة في مثل هذه المواقف الشخصية الداخلية المعيّنة، إلاّ أنه من المهم قيام عادة جديدة تحفظ النظام العلاجي الخارجي، والواقع أن هناك بعض الفروق بين التحصين التصوري وإستخدام إستجابة الإسترخاء، وبين العلاج التوكيدي الذاتي من هذه الفروق:

١ - في عملية التحصين التصوّري إن الإستجابة المضادة مثل الإسترخاء لها قيمة فقط في قمع القلق أثناء العملية العلاجية.

٢ - في عملية التحصين التصوّري نفترض بأن المريض في مناسبات أخرىٰ في المستقبل سيكون في غير حاجة إلىٰ عمليات الإسترخاء التام وذلك إذا تعرّض إلىٰ مواقف مقلقة، ولأن القلق يكون قد كفّ تماماً - وحتىٰ بوجود المثير الأصلي المسبب للقلق -.

٣ ـ أمّا في حالة التدريب العلاجي التأكيدي فإن الإستجابة التي تكتسب ـ التأكيد الذاتي ـ ليس فقط هي إستجابة مضادة للعادة التي تعوّدها المريض مثل الخنوع والطاعة (submissiveness)، ولكن المعالج يأمل من خلال تكرار عملية التأكيد الذاتي مرات ومرات وفي ظروف مناسبة في حياة المريض أن يكتسب (أو يتعلم) المريض هذه الإستجابة التي تستمر معه في الحياة.

والإفتراض الأساسي في العلاج هو أن أفراد معينين قد تدرّبوا علىٰ التحكم الذاتي (self - control)، والتماسك في مواجهة بعض المواقف الغير مكيّفة والشديدة، وكوّن ذلك لديهم عادة بسبب إرتباط حالة القلق بالتعبير المناسب لإستجابات مؤكدة، (usually because anxiety has become attached to the expression of appropriately assertive responses).

ومن ناحية أخرىٰ يجب أن لا يفهم القارىء أن عملية التدريب المثالي ـ علىٰ تأكيد الذات ـ هي الولع بالمواجهة المستمرة (لدرجة العدوان أو الخصام)، ولأن هذا السلوك يشبه تماماً سلوك الخضوع الدائم من حيث أنه سلوك غير متوافق.

إن عملية التدريب علىٰ تأكيد الذات الذي وضعها (جوزيف وولب) يبدو أنها يمكن أن تحل محل المكافأة للسلوك في معظم الطرق التأكيدية (إثبات الذات يؤدي إلىٰ راحة نفسية وفكرية)، وكما أشرنا فإنه توجد بعض الفروق بين ما أسميناه في السابق بالكف النقيضي العلاجي، وبين عملية التأكيد ـ الذاتي ـ حيث أن عملية التأكيد تؤدي إلىٰ إزالة مواقف القلق الشديدة وفي نفس الوقت تأكيد للذات الذي يأخذ شكل مكافأة. والواقع أنّ النقطة الإستراتيجية في التدريب التأكيدي تشتمل علىٰ عنصرين هما:

١ ـ وجود حاجة إلىٰ كف القلق الذي نشأ بسبب مواقف معيّنة.

٢ ـ وجود نوع من التأكيد حول ضمان أنّ السلوك التأكيدي سيؤدي إلى مكافآت أو نتائج مريحة للمريض.

ولكن مثل هذا الضمان في أن السلوك التأكيدي سيؤدي إلىٰ نتائج ومعززات مريحة للمريض قد يرفضه الواقع كما قد يرفضه المريض[1]. وما يهم في العلاج التأكيدي البحث عن المواقف المعيّنة التي أدّت إلىٰ قلق المريض، ومن ثمّة تقديمها تدريجياً بتتابعات معيّنة تؤدي إلىٰ راحة المريض، تماماً كما في حالة التحصين، وكأي شكل من أشكال العلاج من الضروري في العلاج التأكيدي جمع المعلومات حول المريض وطبيعة مشكلاته، وعادة يكون من السهل تحديد المشكلة الأساسية المترابطة بنقص القدرة علىٰ تأكيد الذات، والتي وصلت إلىٰ النقطة الحرجة، وبعد ذلك يوجّه المريض بواسطة مقابلات منتظمة بهدف إزالة سلوك الخنوع الذي يلازمه، ومن أجل أن يعبّر المريض عن إستيائه وغيظه من المشكلات التي يعاني منها، مع التأكيد علىٰ النقاط التي يزدريه الغير فيها، وما يريد المريض أن يعبّر عنه في مواقف معيّنة ولكنه لم يستطع ذلك وهكذا. . .

ويرىٰ وولب بأن الخطوة التالية هي أن يعبّر الفرد عن تأكيد ذاته تعبيراً خارجياً، مما يخفف القلق والخوف لديه، ويمكن إستخدام عدة طرق مثل:

١ ـ الإشارة إلىٰ كيفيّة أن سلوك المريض في مواقف إجتماعية معينة مسببة للقلق يمكن أن يكون بشكل يخفف عنه هذا القلق (أي بشكل أفضل).

٢ ـ يمكن إخبار المريض كيف أن مجرىٰ السلوك يؤدي إلىٰ إحباط رغباته، وكيف تنشأ مشاعر النقص وعدم القدرة علىٰ تأكيد الذات من خلال مواقف الأهل والآخرين كما في حالة آرثر.

---

(١) أي أن المريض إذا حاول أن يؤكد ذاته تجاه جميع المواقف التي تعترضه في الواقع، فإنه وفي بعض الحالات قد تواجهه ردود فعل قوية ومؤذية وخاصة في المراحل الأولىٰ بعد العلاج مباشرة، وبهذا قد يتضاعف القلق لدىٰ المريض عوضاً عن إزالته، وهذا ما يؤكد لديه الشعور بالخنوع والدونية ثانية، كأن يتعرض الفرد لنقد من أصحابه الذين بدورهم سيعملون علىٰ تأكيد ذواتهم أيضاً.

يضاف إلىٰ ذلك تقديم بعض الشرح من قبل المعالج عن كيفية التدريب وإعادة مواقف تأكيد الذات تحت شروط مناسبة، مع زيادة الثقة بالنفس، وزيادة القدرة علىٰ معالجة الأمور، وزيادة الفاعلية عندما تظهر الأزمات في العلاقات الشخصية الداخلية، وعلىٰ المعالج أن يقدم للمريض شرحاً حول تطبيق نظام التأكيد الذاتي بنجاح وبصورة مفيدة ومشجعة (بحيث يتم تجنب مضار المبالغة في التأكيد الذاتي في جميع مواقف الحياة).

ويمكن أن نقارن ذلك بما أسميناه في السابق بالعلاج الإستبصاري (in-sigth therapy) الذي يفيد في مقدمات العلاج التدريبي التأكيدي، وحيث يطلب من المريض أن يميّز بين أخطائه وردود فعله بحيث يصبح أكثر ملائمة، مع إختيار النموذج الأكثر ملائمة من السلوك، ويوصي وولب بأستخدام بعض المقترحات التي تزيد من دافعية المريض من أجل أن يتخلّى عن سلوكه السابق، وأن يصل إلىٰ درجة من الثقة والفهم، ويمكن للمعالج أن يصوّر للمريض صورة عن حالته المَرَضيّة الحاضرة، وأن يشير إليه بأن حالته هذه غير مقبولة إجتماعياً، وهذا ما يجعل الآخرين يحتقرونه (despised) ويتجاهلونه، ويقللون من اعتباره، كما أن سلوك البلادة أو الفتور (dullness) في مواجهة الأفراد الذين سببوا له مشكلة قد يجلب إليه نوع من الراحة البسيطة في عدم مواجهتهم وعدم إثارة المشكلات معهم، إلّا أن هذا السلوك السلبي يخدم الآخرين، ويسيء إليه وأنه سيعاني من الظلم الكثير بسبب عدم تأكيده لذاته (non - assertive)، ويركز وولب علىٰ أهمية المؤشرات الأخلاقية المتعلقة بالحقوق (Rights) في توجيه المريض وتعديل سلوكه إلىٰ الأفضل.

إنه من الصعب في مثل هذه التوصيات القليلة أن نقرر وبشكل مختصر وواضح أيٍّ من مبادىء الإشراط سيعتمد عليه في هذه الطريقة، وإذا كان العلاج السلوكي يعتمد علىٰ مبادىء نظرية التعلم، فعلىٰ أيٍّ من هذه المبادىء تعتمد عملية العلاج التدريبي حول تأكيد الذات؟، وللإجابة عن ذلك يمكن القول بأن عملية العلاج التأكيدي تشتق من مبادىء نظريات التعلم theories of learning، إلّا أن العلاقة بين هذا الشكل من العلاج وبين

مبادىء التعلم غير واضحة، وإن ذلك يرتبط بأشكال التدريب العملي التي تقدّم للمريض ليقوم بها، وهـذه يمكن أن تشتمل علىٰ مـا يسمىٰ بتكوين مدرج القلق، والذي يعتمد علىٰ تقديم مشاهد تصوّرية تعالج الحوادث كما تجري في حياة المريض، ولكن المفاهيم النظرية والدور الذي يلعبه المعالج في التدريب التأكيدي أقل وضوحاً، وسنوضح ذلك بمثال لإحدىٰ الحالات التي قام (وولب) بعلاجهـا وهي حالـة السيد (ب. ر) (Mr. P. R) الـذي لديه مؤهلات ممتازة إلاّ أنه بالرغم من ذلك لم يترقىٰ في منصبه في الشركة التي يعمل فيها، مما أدىٰ إلىٰ شعوره بالإحباط وضعف المعنويات.

وفي واحـدة من المواقف التي من الضـروري الإشارة إليهـا بشكـل واضح، كانت عبارة عن إجراء مقابلة شخصية للحصول علىٰ عمل أو وظيفة جديدة (New Job) ولذلك طلب من المريض أن يتخيّل بأن المعالج النفسي هو رجل الأعمال المسئول عن هذه المقابلة، وأنّ المريض نفسه هو طالب هذه الوظيفة. (the therapist was a business executive, and that he (the patient) was applying for a job).

وعنـدما قـام المريض الخجـول والخائف (timid) بقـرع باب حجـرة المقابلة، استقبل بواسطة المعالج النفسي بحماس وطلب منه الدخول، حيث دخل المريض (P.R) متردداً ومتخبطاً في مشيته (with shuffling gait)، وعينين يظهر عليهما الإنكسار (with eyes downcast)، والخجل بشكل واضح، وفي الحال قام المعالج بقطع هذا الوضع ليقوم بعملية تشخيص وتمثيل تصرفات المريض، وحتىٰ يشعر هذا الأخير (أي المريض) ليس فقط بسلوكه في هذا الموقف ولكن ليرىٰ كيف ظهر للآخرين (أي أن المعالج يكون المرآة التي تعكس للمريض تصرفاته الغير صحيحة). وإن هذا الإجراء تبعه تبديل في الأدوار (switching of rols)، حيث قام المعالج النفسي بدور طالب الوظيفة، مُظْهراً السلوك الواجب القيام به ليعطي إنطباعات صحيحة ملؤها الثقة لرجل الأعمال المسئول عن التعيين. وبعد ذلك يتدرب المريض على هذا الإجراء التأكيدي في مـواقف المقـابـلات الشخصيـة، وفي الـظروف المتعـددة، وحتىٰ يتمّ

إستيعاب هذه الإجراءات (أو الطرائق) بشكل مرضي، يلي ذلك تدريب المريض علىٰ نواحي أخرىٰ من سمات شخصيته التي تتصف بالخضوع والضعف في مواجهة الموقف.

وفي هذه المرحلة من المفيد الإشارة إلىٰ بعض نقاط الضعف التي تدور حول التبريرات المقدمة للتدريب التأكيدي، وعلىٰ أن هذه التدريبات التأكيدية تمثل جزءاً من طريق الإشراط التي يتم فيها نوع من التحوّل أو التعديل (أي تحوّل في أفعال المريض وانطباعاته)، ويمكن للقارىء أن يجد بعض التلميحات لدىٰ المعالجين السلوكيين في أنهم يؤيدون فكرة تغيير أو إستبدال إستجابة محددة بأخرىٰ، وبالنسبة إلىٰ مثير معين، وهذا ما يترك أثره في علاج العصاب (أي المرض النفسي)، كما أنَّ التغيرات في السلوك من الأشكال الغير متكيّفة إلىٰ الأشكال المتكيّفة يمكنها أن تتم بواسطة العلاج السلوكي، ودون حاجة إلىٰ تغيير في شخصية المريض (المقصود الناحية الداخلية والأعماق). إلّا أن الأمر في حالة التدريب التأكيدي كما شاهدنا في حالة السيد (P.R.) يبدو أنه مختلفاً لحدما، حيث أن هناك محاولة تهدف إلىٰ تغيير في جانب من شخصية المريض، علىٰ الأقل بالمعنىٰ الذي يقصد به عادة في نظريات الشخصية. إن استخدام مصطلح (التأكيد الذاتي)، ومفهوم السيطرة، والخوف، . . . يبدو أنه يتضمن نوع من الخصائص السلوكية العامة، والتي تطلق عليها بشكل عام إسم سمات الشخصية، هذا فإن عملية التدريب التأكيدي يبدوا أنها تسعىٰ وراء أهداف مختلفة (لحدما) عن الأهداف والطرق الأخرىٰ التي يتضمنها العلاج السلوكي، ويمكن لأي إنسان أن يشعر بأن ما أشير إليه عن طريقة أداء التدريب التأكيدي فيه نوع من الغموض.

لنأخذ على سبيل المثال ما كتبه بيرنارد (Barnard)، وفليشر (Flasher) وشتاين بوك (Steinbook) عام (١٩٦٦) حول الإجراءات في معالجة حالة إمرأة متزوجة، عمرها إثنان وعشرون عاماً، كانت تعاني من نقص في فعاليتها وقدرتها علىٰ مواجهة الغير، مع ضعف الثقة والخوف من تأكيد ذاتها، وفي

المرحلة الأولى من العلاج كان يطلب من المريضة أن تصرخ عندما تجد أن درجة الصدمة الكهربائية وصلت إلىٰ درجة لا تطاق، وفي المرحلة الثانية دربّت المريضة علىٰ أن تقوم بشد وسادة إليها وبقوة قدر المستطاع (عندما تصل درجة الصدمة الكهربائية إلىٰ مستوى مرتفع)، وقد تبيّن أنَّ كلتا الحالتين (الصراخ والتعبير عن الحالة التي لا تحتمل)، (وشد الوسادة بعنف وقوة) كان لهما أثر فعّال في سلوك المريضة التأكيدي، بالرغم من إختلاف الحالتين، ويمكن إعتبار ذلك نوع من التكيّف البسيط، كما لوحظ بأن تدريب الفرد على أن يبالغ في سلوكه التأكيدي في بادىء الأمر، يمكنه فيما بعد وبطريقة ما أن يتحوّل إلىٰ نوع من تأكيد النفس العادي كما في الحياة العادية.

ويعتقد العالم بيتش (H. R. Beech) أنه لا يوجد حتىٰ الآن إلّا دراسة تجريبية واحدة وصحيحة تتعلق بعملية التدريب التأكيدي، أما باقي الدراسات فهي عبارة عن حصيلة لمجموعة دراسات عن بعض الحالات، وهذه الدراسات لا نستطيع أن نثق بها. والواقع أن الأسس النظرية والتطبيقات العملية تجعلنا نواجه بعض الصعوبات التجريبية.

وعلىٰ كل حال فإن لازاروس (Lazarus) عام (١٩٦٦) قام بمحاولة إستهدفت مقارنة طريقة التدريب التمثيلي (rehearsal training)، أو ما يطلق عليه اسم طريقة لعب الدور (role playing)، والتي تستخدم في مجال العلاج التأكيدي، مع طريقتين لهما أثر في تعديل المشكلات النفسية وترتبطان بالمواقف الإجتماعية، وفي العلاقات الشخصية الداخلية، واحدة من هاتين الطريقتين أطلق عليها لازاروس اسم التفسير التأملي (reflective - interpretative)، ومن المحتمل أن تكون هذه الطريقة تمثل شكل خاص من العلاج النفسي، والطريقة الثانية يمكن أن تسمىٰ بطريقة التوجيه أو النصح المباشر (direct advice)، أي إخبار المريض عمّا يجب أن يفعله، بالإضافة إلىٰ شرح ما فعله هو (أي المريض) حتىٰ وصل إلىٰ حالته هذه، وقد أخذ لازاروس عيّنة من المرضىٰ قسّموا إلى مجموعات علاجية، وكان كل مريض

يتلقىٰ كحد أعلىٰ أربع جلسات علاجية، مدة الجلسة الواحدة حوالي (٣٠) دقيقة، وبعد إنتهاء الدورة العلاجية كان ينظر إلىٰ العلاج علىٰ أنه فاشلاً إذا لم يظهر علىٰ المريض أيّ نوع من التحسن، وقد تبيّن من النتائج أن طريقة العلاج التمثيلي كانت أفضل الطرائق حيث تمّ تحسن (٢٣) حالة من أصل (٢٥) حالة، بينما في طريقتي التفسير التأملي والتوجيه المباشر. تم تحسّن (٨ ـ ١١) حالة من أصل (٢٥) مريضاً، وهذا ما يشير إلىٰ أن الطريقة الأولىٰ أكثر نجاحاً من الطرائق الأخرىٰ، هذا بالإضافة إلىٰ أنَّ (٢٧) حالة من أصل (٣١) حالة في دراسة أخرىٰ لم تستفيد من طريقتي التفسير التأملي والتوجيه المباشر، ثم قدّم لهذه الحالات العلاج السلوكي التمثيلي (التشخيصي) وكانت النتيجة أن برهنت (٢٢) حالة علىٰ تحسنها وعلىٰ صحة نظرية التعلم، ويمكن القول بأن نسبة مئوية تقدر بحوالي (٨٦/٥٪) من المرضىٰ الذين تلقوا علاجاً يعتمد علىٰ العلاج السلوكي التمثيلي (behaviour rehearsal therapy) قد أظهروا تحسناً ملحوظاً.

ومع ذلك فإن هذه الدراسات السابقة لا تخلو من ملاحظات مثل:

١ ـ إن لازاروس لم يقدم لنا فكرة حول طبيعة العلاج الذي قورنت نتائجه بالعلاج السلوكي التمثيلي.

٢ ـ إن لازاروس لم يعطينا فكرة واضحة عن نوع المرضىٰ وحالتهم التي تمَّ معالجتها. وهل هذه الحالات تناسب العلاج السلوكي التمثيلي أم لا؟.

٣ ـ إن طول فترة العلاج كانت قصيرة جداً لا تساعد في تزويدنا بدليل قاطع للحكم الموضوعي علىٰ فاعلية طرائق العلاج المستخدمة.

كف القلق بواسطة الصدمة الكهربائية

(Inhibition Of Anxiety By Electric Shock)

إن هذه الطريقة تعتبر من الطرائق المساعدة للعلاج السلوكي، وهي مشتقة من التجارب التي أجريت علىٰ الحيوانات حول العصاب التجريبي، إن مثل هذه التجارب لها دلالة حول حدود السلوك الإستجابي لدىٰ الحيوان تجاه المواقف المؤلمة، ومن ناحية أخرىٰ فإن جميع الكائنات العضوية (Organisms) في ظروفها العادية قادرة علىٰ القيام باستجابة تكيّفية أو سوية تجاه المثيرات المؤلمة التي قد تتعرض إليها مثل (الصدمات الكهربائية، والحروق. . .)، إلّا أن بعض الشروط العضوية، أو الطبيعية أو النفسية قد تحول دون قدرة الكائن علىٰ القيام باستجابة مناسبة، وهكذا إذا امتنعت العضوية عن القيام باستجابة ما بحيث تنهي أثر الصدمة، أو المثير المؤلم، فإن الفرد سينتهي إلىٰ حالة إنفعالية شديدة، وقد مرَّ معنا سابقاً ما يشبه هذا الشكل من التجارب التي أجريت علىٰ الفئران البيضاء بالنسبة إلىٰ دراسة الفرق بين حالة الهروب من المثير (تجنب المثير المؤلم) وحالة عدم القدرة علىٰ الهروب من المثير الذي يكون بمثابة عقاب للفرد، إن كل من مورر (Mowrer) وفايك (Viek) (١٩٤٨) لاحظا بأن الحيوان عندما يتاح لـه تعلم بعض الإستجابات الحركية المحددة بالنسبة إلىٰ مثير مؤلم، ـ بحيث يمكن تجنب هذا المثير ـ فإن هناك ميلاً بالنسبة لفاعلية هذا المثير نحو الضعف بعد فترة من الزمن، وبناء علىٰ ذلك كان وولب قد اقترح بأنه بالإمكان الإستفادة من عملية توفير ظرف معيّن يقوم المريض من خلاله باستجابة ما حركية

تساعده في التخلص من المثير الشاذ أو المؤلم.

مثير مؤلم أو ضار + إستجابة حركية ما (يؤدي إلىٰ ← التخلص من الألم الصدمة)

وعلىٰ سبيل المثال يمكن تعريض المريض إلىٰ صدمة كهربائية خفيفة في ذراعه، وذلك من خلال الفترة التي يكون فيها في حالة تخيّل لمشهد ما، وبحيث يشعر المريض بنوع من القلق والإنزعاج، ويتم ذلك عندما يقرر المريض بأنه الآن في وضع تخيّل أو إستحضار لمشهد سار (مثلاً تخيّل مشهد جنسي شاذ) حيث يوجه المعالج الصدمة للمريض، وتستمر الصدمة حتىٰ يقوم المريض بأي فعل حركي أو إجراء مثل (ثني الذراع)، وبالتالي ينتهي أثر المثير المؤلم، (العلاج السلوكي التكريهي).

تخيّل مشهد جنسي (لدىٰ المنحرفين جنسياً) ← يؤدي إلىٰ السرور واللذة
تخيّل نفس المشهد + صدمة كهربائية ← يؤدي إلىٰ الضيق والألم.
تخيّل نفس المشهد + صدمة كهربائية + إستجابة تجنبية ما ← التخلص من الألم والراحة

ويمكن أن تستخدم الصدمة الكهربائية بطريقة أخرىٰ، وذلك دون أن يكون هناك دليل تجريبي قاطع وواضح حول فاعلية هذه الطرق الأخرىٰ، ففي مثل هذه الطرق يعرّض المريض إلىٰ نفضات (Pulses) كهربائية ثابتة لمدة (٢٠ ـ ٣٠) دقيقة، وبحيث يمكن للمريض إدراك هذه النفضات دون أن تؤذيه، وحتىٰ يصرح المريض بأن درجة قلقه قد انخفضت... إن مثل هذه الطريقة تفيد في معالجة حالات القلق العام) والحالات الخاصة من القلق كما في حالات القلق التي تعالج بطريقة التحصين المنظم (مثل قلق الاختبار)... إلخ.

ومن ناحية أخرىٰ أشار وولب إلىٰ حقيقة أنَّ الصدمات الكهربائية القوية

والتي يتوقع منها أن تؤدي إلىٰ حالات شديدة من القلق، يمكنها أحياناً أن تؤدي إلىٰ نتائج مفيدة، وفي مثل هذا التكنيك يقوم المريض باستحضار مشهداً مثيراً للقلق في تصوراته (التلوث في حالة الخوف من التلوث، الإمتحان في حالة قلق الإمتحان... إلخ) وعندما يصبح هذا المشهد واضحاً في تصورات المريض، يعطىٰ للمريض صدمة أو صدمتين كهربائيتين تكون كافية لإحداث تقلص عضلي شديد، ويمكن أن تؤدي هذه الإجراءات إلى راحة المريض وتخلصه من حالة القلق، فمثلاً يمكن تقديم صدمة كهربائية مستمرة علىٰ يد المريض، وبحيث تقف هذه الصدمة عندما يعبّر المريض عن حالته بكلمة هادىء (Calm) ـ (أي عدم معاناة القلق بالرغم من تصور المشهد) ـ من هنا نجد بأن الصدمة الكهربائية تؤدي إلىٰ توليد نوع من الإضطراب الإنفعالي الذي يتميز بحالة من القلق، وعن طريق الإرتباط بين كلمة هادىء (Calm)، أو كلمة مثل (Nev) أبداً وبين إنهاء الحالة الإنفعالية المصاحبة للصدمة يمكن للمريض أن يتخلص من حالة قلقه السابقة كما يمكنه خفض هذا القلق ـ الناتج عن الصدمة ـ، ويمكن للمريض في مناسبات أخرىٰ في المستقبل وعندما يتعرض إلىٰ حالة من الإضطراب والقلق قول كلمة (Calm) أو (Nev) لنفسه... إن مثل هذه الطرائق تبدوا أنّها بسيطة، ولكن الإفتراضات النظرية التي تعتمد عليها هذه الطرائق يبدوا أنها غير مقبولة منطقياً. وبالرغم من ذلك فهي تؤدي إلى نتائج جيدة، ولكن بدون البراهين التجريبية فإنه لا معنىٰ لمثل هذه الطرائق.

كف القلق في السلوك الجنسي

(The Inhibition Of Anxiety In Sexual Behaviour)

إن سجلات العلاج السلوكي متخمة بشرح النتائج الإيجابية التي توصل إليها في علاج الصعوبات الجنسية، وكمثال علىٰ ذلك معالجة ما يسمىٰ بالقذف المبكر (premature ejaculation)، ومعالجة حالات البرود الجنسي (Frigidity))، وكذلك معالجة معظم الإضطرابات الجنسية التي يصاحبها حالة قلق، لقد قام وولب بمعالجة أحد المرضىٰ العزّاب الذي كان يعاني من قلق شديد عندما يكون في أوضاع معيّنة مع صديقته، وكان هذا المريض يفشل في الوصول إلىٰ حالة إنتصاب القضيب (Erection)، وكان يعاني من حالة قذف مبكر. وهناك حالات أخرىٰ قام لازاروس، ورشمان بمعالجتها، وحيث كان المريض يعاني من العنّة الجنسية (الضعف الجنسي لدىٰ الرجال) (Impotence)، وهذه العنّة كان من أسبابها شعور المريض بعدم الثقة والشك المتعلق بالمشاهد الجنسية (sexual act).

ويرىٰ العالم جانيت (Gantt) (١٩٤٩) بأن هناك علاقة كفّية (تثبيطية) بين حالة القلق والمثير الجنسي، حيث في مثل هذه الحالات يمكن لحالة القلق أن تكف عمل المثير الجنسي والعكس، وقد أجرىٰ جانيت بعض تجاربه علىٰ الحيوانات التي كان من بينها الكلب (نايك) (Nick) وانتهىٰ إلىٰ وجود بعض الفروق بين الحالتين السابقتين (القلق والإثارة الجنسية)، لقد كان الكلب نايك عصابياً وخاصة في فترات الإثارة الجنسية، وعندما كان يشبع رغبته الجنسية كان يلاحظ عليه نوع من الهدوء. . .

كما أن بيتش لاحظ بأن حـالات القلق المنتشرة لمـرضىٰ الوسـواس يمكنها أن تضعف أو تقل نتيجة لعملية تفريغ جنسي،

وإذا كان مثير القلق، والمثير الجنسي في الواقع عبارة عن استجابتين لنظامين متضادين فإنه من الطبيعي أن يكون مبدأ الكف بالنقيض، وعملية العلاج السلوكية بإمكانها تعديل الإضطرابات الجنسية التي تتضمن حـالات من القلق، وقد صرح كل من لازاروس، وولب، ورشمان، وغيرهم بفعالية طريقة التحصين المنظّم في علاج مثل هذه الحالات، علماً أن هذه الفعالية قد تكون نسبيـة في بعض الحالات، والعـلاج يتضمن خاصتين أسـاسيتين الطريقة التدريجية وإثارة (أو إحضار) الإستجابة المضادة، ففي حالـة العنّة الجنسية عند الذكر يكون أمامنا عدة مراحل أو خطوات (حسب مدرج القلق) تبدأ من حالات عناق بسيطة عرضية، وحتىٰ العلاقة الجنسية المحببة، وهكذا فإن المريض لا يشعر بالقلق بـالنسبة للمـراحل الأولىٰ البسيـطة، ثم ينتقل بانتظام للمرحلة التالية وبعد أن يكون المريض قد نجح في المرحلة الأولىٰ.

الممارسة السلبيـــة

(Negative Practice)

لم يشر إلىٰ هذه الطريقة كطريقة أساسية في العلاج، وإنما في معظم الحالات تعتبر هذه الطريقة كشكل إضافي أو تكميلي للعلاج، وإن الفكرة الأساسية في هذه الطريقة العلاجية هي تكرار العادة السيئة الغير مرغوب فيها (عدة مرات) وحتىٰ تصبح هذه العملية مملة، وصعبة، ومعيقـة للفعاليـات الأخرىٰ، ويتم ذلك من خلال عدة جلسات، وحتىٰ يؤدي ذلك إلىٰ ضعف أو خفض في قوة الإستجابة الغير مرغوب فيها.

ويذكر وولب كمثال علىٰ ذلك حالة إمرأة تبلغ من العمر (٢٤) أربع وعشرون عاماً كانت تعاني من عادة صك الأسنان الذي يحدث عنه صوت (tooth grinding) وقد عولجت هذه الحالة عن طريق تكرار هذه العادة (بشدة) وعلىٰ شكل تمرين يتكرر يومياً عدداً من المرات (٣٠) مرة ولمدة دقيقة كحد أقصىٰ، ثم إستراحة لمـدة دقيقة بين كـل تمرينين، وقـد انتهىٰ وولب من معالجة هذه الحالة بعد مدة أسبوعين ونصف من العلاج، وزالت تماماً حالة صك الأسنان ودون عودة بعد مضي سنة من العلاج.

وقد لوحظ بأن النتائج التي توصل إليها كل من يتس (Yates)، وجونز (Jones)، لم تكن حاسمة في هذا المجال، إلّا أن بعض الخلجات العصبية (اللازمات) (tics) التي عولجت بهذه الطريقة أظهرت تحسناً ملموساً، وبعضها الآخر تحسناً طفيفاً، والبعض الثالث لم يظهر تحسناً، وقد قام العالم رافي (Rafi) عام (١٩٦٢) بدراسة في هذا المجال، طبّق فيها طـريقة التـدريب

المكثّف (Massed training) أو المطول في معالجة الخلجات (ساعتين من الجلسات العلاجية كل أسبوع) مع راحة بين الجلسات مما أدىٰ إلىٰ نتائج ممتازة، بينما في حالات أخرىٰ استخدم فيها (رافي) طريقة يتس المثالية ولم يَظهر لديه أيَّ تأثير في حجم الفاعلية الحركية الشاذة. وهناك دراسة قام بها (كلارك) (Clark) (١٩٦٦) حيث انتهىٰ من خلال تطبيق هذا الشكل من العلاج السلوكي إلىٰ نتائج ناجحة وإلىٰ سهولة في تطبيق مبادىء نظرية التعلم، وفي هذه الدراسة تناول كلارك عينة من ثلاث مرضىٰ يمكن وصفهم بأنهم يعانون من أعراض متلازمة جيلز وتوريت (Gilles de la Tourette syndrome)، وهذه الأعراض عبارة إضطراب يتكرر كثيراً، وهو غير منتشر بين الأفراد، وهذه الأعراض تبدأ بنوع من الخلجات، ثم بحركات إهتزازية في الوجه، ثم في الجسم، ثم في الأطراف، ثم في الأقدام، وفي النهاية يصاحبها نوع من صعوبة النطق، وصعوبة التعبير، مع شيء من البذاءة (أو القذارة)، وكان العلاج يهدف إلىٰ أن يكرر المريض الأعراض الأكثر تردداً وقذارة بشدة وبقدر المستطاع، وحتىٰ لم يعد يستطيع أن يتفوّه أو أن يعبّر بشيء، وهكذا في كل مرة، ولمدة دقيقة واحدة، مع راحة وتكرار، وكانت النتيجة أن تحسنت حالتين من الثلاث حالات بشكل واضح، إلاّ أنَّ هناك بعض الصعوبات التي حدثت، واحدة منها (أي من هذه الصعوبات) أنّ المريض كان خلال الجلسة العلاجية يقحم بعض الكلمات علاوة علىٰ الكلمة التي تشير إلىٰ حالة التعب والملل وضرورة الوقوف، بينما بعض المرضىٰ الأخرون كانوا يأخذون وقفات راحة إرادية علاوة علىٰ الراحة المقررة لهم من قبل المعالج، هذا وقد أشار كلارك إلىٰ ما هو غريب وغير مألوف بالنسبة لوجهة نظر أحد المرضىٰ الذي كانت إستجابته (الشعور بالتعب والملل) تزداد في الحياة الواقعية بينما كانت تقل أثناء فترة العلاج، وبصورة عامة حاول كلارك مواجهة هذه الصعوبات التي ظهرت لدىٰ حالتين من الحالات الثلاث، وحاول التغلب عليها، وبمتابعة هاتين الحالتين لمدة أربع سنوات بعد العلاج لم يظهر عليهما أية أعراض شاذة، ومن الواضح أن مثل هذه الطريقة تتطلب تركيز الجهود والإصرار علىٰ القيام بهذا العمل الروتيني

الشاق، فإذا تحقق ذلـك فإن الإضـطرابات الحـركية (Motor disturbances) يمكنها أن تتعدّل أو تزول نهائياً.

العلاج الإشراطي الإيجابي لحالات التبوّل اللاإرادي

(The Positive Conditioning Treatment

Of Enuresis

إنّ علاج حالات بلل الفراش (bed - wetting) بواسطة الإشراط لا يعتبر دليلاً ناجحاً عن أهمية هذه الطريقة، وإنما هو وسيلة لإثبات وتبرير وجهة النظر السلوكية حول طبيعة هذا الإضطراب، ودحض وجهة النظر القائمة من قبل جماعة العلاج النفسي (المقصود جماعة التحليل النفسي)، إن حجة المعالج السلوكي هو أن المريض بالتبوّل اللا إرادي قد فشل في الوصول إلىٰ استجابة إشراطية، بينما معظم الأفراد العاديين لم يعانوا من صعوبات الوصول إلىٰ اكتساب مثل هذه الإستجابة إلاّ القليل منهم، وهكذا يكون الحل هو تعديل هذا السلوك باستخدام طريقة الإشراط.

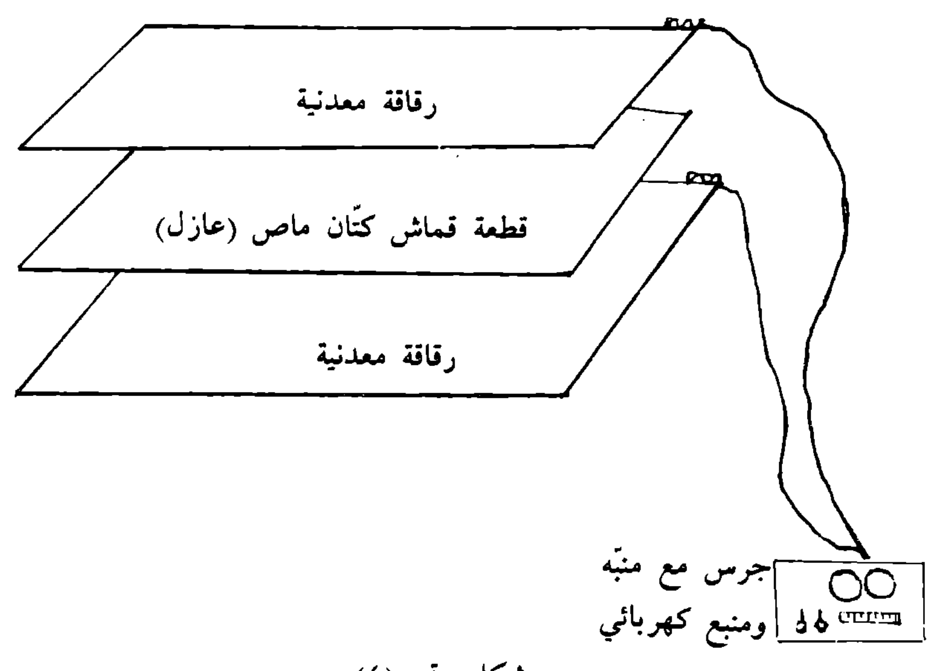
إنّ أوائل الباحثين الذين اهتموا بتطبيق تكنيك الإشراط من أجل ضبط عملية بلل الفراش هما مورر ومورر (Mowrer and Mowrer) (١٩٣٨)، ومضمون هذا التكنيك بسيط جداً، وهو ترتيب المثير بحيث يبدأ عمله مع زيادة التوتر داخل المثانة، ومصاحبة ذلك لإستجابة الإستيقاظ (waking response)، وبعد عملية تدريب كافية فإن الطفل (أو الطفل الكبير) يمكنه أن يصحو من نومه عن طريق الإحساس بإمتلاء المثانة، وقبل أن تحدث عملية التبوّل (Micturition)، وبهذا المعنىٰ إذا صحا المريض في اللحظة التي يكون قد بوّل فيها علىٰ نفسه، كان من الضروري أن نلح علىٰ تكرار هذا

التدريب، وحتىٰ يصحو المريض عندما يكون حجم المثانة (حجم البول داخل المثانة) دون عتبة التبوّل. وبعد عملية الإشراط يصبح المريض قادراً علىٰ النوم خلال الليل دون أن يصحو أو يبلل الفراش.

ويستخدم من أجل ذلك جهاز بسيط يتطلب من المريض أن ينام علىٰ وسادة من اللباد (pad) تنفصل عن الدارة الكهربائية بواسطة قطعة قماش رقيقة من الشاش (gauze)، وعندما يتخلل البول طبقة القماش هذه فإن الدارة الكهربائية تغلق بسبب البول الذي يعتبر ناقلاً جيداً للكهرباء، وعند إغلاق الدارة الكهربائية يقرع جرس يؤدي إلىٰ إيقاظ المريض، ولا بدَّ من توفر بعض الشروط لنجاح هذه العملية، وهي أنه عندما يصحوا المريض بسبب المثير الصوتي تفرّغ مثانته (voided)، وهذا نوع من الإشراط المكتسب، وبهذا نتوقع أن تكون الأيام الجافة (Dry days) تزداد عن الأول.

جهاز علاج التبوّل اللاإرادي الليلي

(Nocturnal Enurecis Apparatus)



شكل رقم (٤)

إن نتائج إستخدام مثل هذا الجهاز قد نوقشت من قبل جونز (Jones) عام (١٩٦٠) حيث أشارت إلىٰ نتائج علاج (١٢) حالة من التبول اللا إرادي، وتوصلت إلىٰ أفضل النتائج التي قررها في السابق كل من مورر ومورر، وحيث وصل النجاح إلىٰ نسبة (١٠٠٪)، وقد كان كل من مورر ومورر قد قاما بمعالجة (٣٠) حالة تبول لا إرادي شفيت تماماً بنسبة (١٠٠٪). ولكن هناك دراسات أخرىٰ استخدمت فيها طريقة مورر، ومورر وكانت نتائجها شبه فاشلة، وقد تراوحت نسبة الفشل بين (٣ - ٣٠٪) من الحالات، أمّا نسبة النجاح فقد تراوحت بين (٣٣ - ٨٩٪)، ومن الطبيعي أن هذه النتائج تختلف عن نتائج دراسة جونز التي استخدمت فيها طريقة البطانية والجرس (blanket and bell)، وقد أيّد هذه النتائج معظم الباحثين الجدد أمثال لوفيبوند (Lovibond) (١٩٦٣) الذي تمكّن في بعض دراساته إلىٰ إيقاف (arrest) التبوّل اللا إرادي بعد حوالي (١٤) محاولة إشراط، ولكن ولسوء الحظ لم تكن نتائج لوفيبوند مرضية تماماً بسبب حالات الإنتكاس، لذلك نجده يخلط بالإعتماد علىٰ بعض المبادىء النظرية من أجل مواجهة المشكلات المترتبة علىٰ حالات الإنتكاس المتكررة، وتوّج عمله بتطوير طريقة أسماها بطريقة الإشارة المزدوجة (twin signal) مستخدماً أسلوب التعزيز المتقطّع أو الفاصلي (intermittent reinforcement).

إن التجارب في علم النفس العام تشير إلىٰ أن تقديم المكافآت أو المعززات يجعل الإستجابة التي تسبق المعزز أكثر إحتمالاً للتكرار ثانية، وقد أكّدت معظم التجارب العملية ذلك.

وبالرغم من أن معرفة فيما إذا كانت المكافآت ضرورية أم لا، وهل هي شرط أساسي وحيوي في تقوية ظهور الإستجابة؟ ما زال موضعاً للمناقشة، فإن هناك دليلاً آخر علىٰ أن الزيادة في تكرار إستجابة ما يمكن أن يتوقع عن طريق تكرار عملية التعزيز، إلّا أن عملية التعزيز المستمرة لا تمنع من إنقاص الإستجابة وذلك عندما تزول المكافأة أو لا يصحب الإستجابة التعزيز، وعلىٰ العكس من ذلك، عندما يقدم المعزز في مناسبات معينة

وبصورة فاصلية فإن الإستجابة المكتسبة الجديدة (أو العادة) يمكنها أن تدوم لفترة أطول، إن هذا المبدأ أيضاً يمكنه أن يلعب دوراً في الوضع الإكلينيكي، كما يمكنه أن يمنع من ضياع عادات مكتسبة جديدة، وأن يقلل من نسبة الإنتكاس، إن الجهاز الذي صممه ليڤوبند ذو الإشارة المزدوجة ليس فقط من أجل تحقيق أو دمج المبدأ الذي أشرنا إليه، ولكن أيضاً من أجل إختبار مدىٰ صدق الأساس النظري المقترح من قبل (مورر) .

إن ليڤوبند يعتبر علاوة عن كون إنتفاخ المثانة (الإمتلاء بالبول) بمثابة مثير يساعد في التنبيه وكف عمليّة التبوّل، فإن عملية تعلم التبوّل بالطريق الصحيح، أو تعلم كف عملية التبوّل تساعد في تجنب المثير المزعج أو الضار (مثل الصدمة الكهربائية، أو الصوت الشديد المزعج) ويتم ذلك عن طريق تقلص العضلة الدائرية للمثانة (sphincter muscle). ومنع البول من الخروج، إن جهاز ليڤوبند يتكون من قطعة من اللباد، ويشبه الجهاز السابق لمورر، ولكن عوضاً عن إحداث صوت واحد أو إشارة واحدة (صوت الجرس) عند التبول، فإنه في جهاز ليڤوبند يحدث إشارتين، الأولىٰ وتكون عبارة عن صوت شديد ومزعج يشبه صوت عربة، ويستمر هذا الصوت لمدة ثانية تقريباً، وقد صممت هذه الإشارة من أجل إحداث نوع من الضيق والنفور مع مصاحبة منعكس تقلص العضلة الدائرية، وبحيث تكف عمليّة التبوّل، ثم يلي ذلك ولمدة دقيقة واحدة صوت جرس خفيف يستخدم من أجل إستدعاء أيّ مساعدة ضرورية (مساعدة الأم مثلاً).

نفهم من ذلك أن طريقة العلاج تفترض أن يكون التعزيز سلبياً، وتستخدم هذه المثيرات أو المعززات السالبة لإحداث تقلص العضلة الدائروية العاصرة، وقد يقال بأن التعزيز الموجب أو المكافأة الإيجابية يمكنها أن تحدث نفس الإستجابة (تقلص العضلة)، ولكن المشكلة هي أن المكافأة الإيجابية يجب أن تستمر حتىٰ تتم الإستجابة، بينما في التعزيز السالب تكون الأحداث الغير سارّة (المعزز السالب وما يصاحبه من ضيق) قد ذهبت ـ وذهاب المعزز السالب المزعج هو بمثابة مكافأة للفرد الذي يميل إلىٰ

التخلص منه وليس إلى إستمراره ومن أجل أن تتم الإستجابة. . . ـ وبما أن ليڤوبند اعتمد علىٰ التعزيز المتقطع فإن الإشارة المزعجة التي تؤدي إلىٰ النفور لا تعطىٰ في كل مناسبة، وفي الواقع فإن المعالج يغلق الجهاز أثناء التدريب العلاجي لمدة نصف المناسبات، كما أنَّ الصوت الصاخب (the hooter) نادراً ما يستخدم.

إن استخدام نظام الإشارة المزدوجة مع التعزيز الفاصلي أدىٰ إلىٰ نتائج ممتازة حيث لم ينتكس من أصل (١٤) حالة أية حالة وذلك بعد انتهاء العلاج بمدة تسعة أشهر، وفي دراسة حديثة أكثر دقة وموضوعية قام بها ليڤونبد بلغت لديه نسبة الإنتكاس بعد مضي سنة من العلاج حوالي (١٩٪)، وقد وجد ليڤونبد أنَّ طريقة الإشارة المزدوجة مع التعزيز المستمر كما في طريقة مورر أدت إلىٰ نسبة إنتكاس (٤٤٪) من الحالات، بينما في طريقة مورر وصلت نسبة الإنتكاس إلىٰ حوالي (٣٥٪) من الحالات.

إن نسب النجاح السابقة وخاصة التي أشار إليها مورر تبدو أنها عالية لحد ما، كما أن هذه الدراسات السابقة لم تخل من بعض المشكلات التي أشار إليها كل من العالم ترنر (Turner)، والعالم يونج (Young)، عام (١٩٦٦) حيث أفاد هذان العالمان أن نسبة تقدر بحوالي (٣٠٪) من الحالات قد تخلفّوا عن الإستمرار من أجل إتمام مراحل العلاج، بالرغم من أن مرحلة العلاج لم تستمر أكثر من شهرين. كما أشار كلٍ من ترنر ويونج إلىٰ أنه علىٰ الرغم مما يبدو أن فترة العلاج قصيرة، إلاّ أنَّ هناك ما يجب أخذه بعين الاعتبار، وما يتطلب القيام به من قبل الآباء الذين لديهم طفل يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي، وذلك فيما يخص ملاحظة سرير الطفل وإعادة تنضيد الجهاز (Reset)، وتشجيع الآباء علىٰ استخدام الجهاز وحتىٰ يحصل الطفل علىٰ النجاح التام مع ضرورة الإقتناع، ووجود الدافعية مما يساهم في سرعة العلاج وتقدم.

ومن الطرق الممكنة في مجال علاج التبول اللا إرادي إستخدام العقاقير (The drugs)، التي تساعد في عملية العلاج وفي تحقيق المبادىء

النظرية للعلاج (سهولة أو صعوبة عملية الإشراط بالنسبة إلىٰ الأفراد)، وقد أشار العالم آيزنك (H. J. Eysenck) (١٩٥٧)، وكل من فرانك (Franks) وتروتون (Trouton) (١٩٥٨) إلىٰ تأثر نسبة الإشراط من الناحية العملية ببعض المواد الكيميائية. مثل العقاقير الدكسدرين (Dexdrine) والميثيدرين (Methedrine)، هذه العقاقير التي غالباً ما تستخدم من أجل التسريع في عملية العلاج، وهي تستخدم كطريقة مساعدة لطريقة البطانية والجرس (طريقة مورر ومورر).

لقد بلغت نسبة نجاح حالات التبول اللا إرادي باستخدام طريقة العلاج الإشراطي وباستثناء الحالات التي لم يتم علاجها حوالي (٩٠٪) أو أكثر، ولوحظ أن نسبة الشفاء التي تمَّ الحصول عليها باستخدام العقاقير ليست أعلىٰ من نسبة الشفاء باستخدام طريقة مورر (البطانية والجرس) وذلك عندما تستخدم كل طريقة علىٰ حدة، إنما لوحظ بأن سرعة التحسن والشفاء تكون أسرع في حالة إستخدام الطريقتين معاً (العقاقير والإشراط)، ومن بين النتائج التي تمَّ الحصول عليها أن مجموعة الأطفال الذين لم يستخدم في علاجهم العقاقير والذين كان متوسط الليالي المبللة لديهم (١٤) ليلة من أصل (١٨) ليلة، كان متوسط مدة الشفاء لديهم حوالي (٢,٢) شهراً.

وقد تم مقارنة هذه المجموعة بمجموعة أخرىٰ استخدمت عقار الدكسدرين في العلاج وكان متوسط الليالي المبللة لدىٰ أفراد هذه المجموعة الأخرىٰ (١٠) ليالٍ في كل (٢٨) ليلة، وكانت مدة العلاج حوالي شهرين فقط، وهناك مجموعة ثالثة إستخدمت عقار الميثدرين، وكان متوسط الليالي المبللة لدىٰ أفراد هذه المجموعة (١٠) ليالٍ في كل (١٢) ليلة، وقد كانت فترة العلاج حوالي (١,٩) شهراً.

والواقع أن النجاح في استخدام العقاقير ليس قاطعاً، بالرغم من السرعة في الشفاء، حيث بلغت حالات الإنتكاس لدىٰ أفراد المجموعة التي استخدمت عقار الدكسدرين (٢٩,٧٪)، بينما بلغت هذه النسبة حوالي (١٣٪) في طريقة الجرس والبطانية لوحدها، أو في طريقة الجرس والبطانية،

ملاحظة: لمزيد من التفاصيل حول التبول اللا إرادي لدى الأطفال يمكن الرجوع إلى كتاب الدكتور فيصل الزراد (التبول اللا إرادي لدىٰ الأطفال) دار القلم، دبي/ ١٩٨٨

وطريقة الميثدرين، ونستنتج من ذلك بأن العقـاقير سـرّعت العلاج، بينمـا طريقة البطانية والجرس كانت طريقة فعّالة وجيدة، ونلاحظ ذلك من خلال حالات الإنتكاس، ويبدو أن تأثير العقاقير (العضوي والمباشر) يختلف عن تأثير المنبه الصوتي.

ضبط الإنحرافات بواسطة التعديل في التغذية الراجعة
Control Of Abnormalities By Alterations In Feedback

المريضة هنا شابة تعمل راقصة، وممثلة، نجدها تجلس علىٰ كرسي مريح، وهي تحدّق بثبات في أنبوب زجاجي وضع أمامها حيث تشاهد من خلاله صعود عمود من الزئبق، ولغرض ما نجدها تشير إلىٰ الخادم بأن لديها رغبة ملّحة في التبول، وأن رغبتها هذه وصلت إلىٰ النقطة الحرجة، إن هذا المشهد كان يشير إلىٰ إحدىٰ المحاولات العلاجية لمريضة كانت مشكلتها الأساسية تتعلق بعملية التبول التي تتكرر بشكل غير عادي، مما يجعلها تضطر إلىٰ الذهاب إلىٰ التواليت«المرحاض» كل نصف ساعة تقريباً، وهذا ما يشكل لها عائقاً وإرتباكاً شديداً في عملها وحياتها.

إن البحث الطبي قد فشل في الكشف عن موضع إنحرافها العضوي، واستخلص من البحث أن صعوبة هذه المريضة كانت من جراء ردود فعل مقلقة. وقد أشرف علىٰ هذه المريضة أخصائي في العلاج النفسي إستمر في معالجتها لمدة خمسة أسابيع مما أدىٰ إلىٰ تحسنها قليلاً، بعدها تحوّلت للعلاج بطرق أخرىٰ من قبل (Jones) (١٩٦٠)، إن طريقة جونز في العلاج كانت بسيطة وتعتمد علىٰ وصل مثانة المريضة بأنبوب لسحب البول (عملية قسطرة Catheter)، وهذا الأنبوب يوصل بدوره بأنبوب آخر شفاف ومدرج ويمكن للمريضة رؤية ما بداخله، ومن خلال هذه التدريجات يمكن للمريضة

قراءة الضغط الناتج عن محتويات المثانة، ويضيف المعالج إلىٰ أنبوب سحب البول (وبصورة لا ينتبه إليها المريض) محلول ملحي Saline (Solution يؤدي إلىٰ زيادة ضغط البول في المثانة، وهذا الضغط يرتفع حتىٰ النقطة الحرجة التي يعبّر فيها المريض عن حاجته الملّحة إلىٰ التبول، ويسمح للمريض أن يرىٰ مستوىٰ الضغط من خلال التدريجات الموجودة علىٰ الأنبوب الشفاف، وذلك عندما تصبح الحاجة إلىٰ التبوّل ملحّة وضرورية، والمريضة في هذه الحالة عليها أن تشرع في مهمتها وهي محاولة تحسين الدرجة (Score) التي تظهر من خلال الأنبوب (والتي تشير إلىٰ الدرجة القصوىٰ من التحمل)، وعلىٰ المريضة أن تتحمل أكبر قدر من محتويات المثانة وأن تحسّن من الدرجة، ودون أن تعرف هي مستوىٰ الضغط الحقيقي، أو الدرجة الحقيقية من التحمل (بدون ضغط السائل الملحي)، والباحث هنا لا يخبر المريضة بالحيلة أو الخطة التي أدت إلىٰ انخفاض الضغط الظاهري الذي يظهر من خلال المؤشر المرئي، وفي هذه الحالة أمكن للمريضة أن تتحمل كمية إضافية من السائل البولي داخل المثانة، علاوة علىٰ الكمّية السابقة، مع زيادة تدريجية في مستوىٰ الضغط بالنسبة إلىٰ المرحلة السابقة، وتدريجياً تستخدم كلتا عمليتي التغذية الإسترجاعية الحقيقية والمزيّفة (الضغط الحقيقي للبول، والضغط الظاهري بعد إضافة المحلول الملحي)، والمتعلقة بضغط البول داخل مثانة المريضة، من أجل حصول المريض علىٰ بعض الدرجات من السيطرة والتحكم مع بعض الصعوبات، إن نتائج هذه الطريقة تعتمد علىٰ إنشاء علاقة بين حساسية المثانة، ورؤية المريض للقراءة، وبمعنىٰ آخر يمكن إستخدام الواحدة من هذه مكان الأخرىٰ، ويمكننا أن نتبين وبوضوح دور هذه العلاقة من خلال الدراسات التي قام بها العالم بيكوف (Bykov) (١٩٥٣)، حيث استخدم نفس الطريقة في علاج حالات من التبول اللا إرادي، واعتمد علىٰ بناء إرتباط بين ضغط البول داخل المثانة، وبين رؤية المريض للقراءة المدرّجة، وبناء علىٰ هذه الترتيبات السابقة أمكنه إثارة عملية التبّول بإلحاح حتىٰ عندما يكون هناك سائل بولي قليل، أو لا يوجد سائل إطلاقاً داخل المثانة، (وبمجرد معرفة

المريض لمستوىٰ النقطة الحرجة التي توصل إليها).

والسؤال الذي نطرحه الآن لأي حدّ تفيد مثل هذه الإجراءات السابقة في ضبط الإضطرابات السلوكية؟، بمعنىٰ آخر إلىٰ أي حد يمكننا الاعتماد علىٰ مبدأ التغذية الراجعة بالنسبة إلىٰ تحسس المثانة، أو سماع ضربات القلب، أو توجيه وتعديل كلامنا (Monitoring our own speech)؟ وهل يمكن لهذه الإشارات أو المعلومات المستمدة منها أن تساعدنا في بناء نوع من الضبط والسيطرة علىٰ فعالياتنا؟ وهل يمكن في بعض الأحيان أن تكون التغذية الراجعة بمثابة عائق لنا؟، لقد تبيّن من خلال الدراسات المبكرة أنه ليس جميع أشكال التغذية الراجعة مفيدة، كما أن هذه العملية ليست بالعملية المدهشة بالنسبة إلى الفعّاليات اللا إرادية (أي الوظائف العضوية اللا إرادية) التي تكون تقريباً بعيدة عن العمليات الشعورية.

ومهما يكن من أمر فإن واحدة من التجارب المتعلقة ببعض مشكلات التغذية الراجعة قام بها كل من شيري (Cherry) وسيرز (Sayers) (١٩٥٦)، حيث جمع كلاً منهما مجموعة من الملاحظات حول (سلوك التلعثم)، وهذه الملاحظات قادت الباحثين إلىٰ الاعتقاد بأن المشكلة في مثل هذه الحالات يمكنها أن تعزىٰ إلىٰ نقص في الإدراك السمعي (auditory perception).

وبناء على ذلك قام شيري وسيرز بعدة تجارب إستهدفت التأكد من مدىٰ صدق هذه الفكرة، وفي واحدة من هذه التجارب أفترضا أنَّ الهواء المؤدي إلىٰ نقل الصوت قد أعيق بسبب ظرف ما، بينما في ظرف آخر تمَّ إستبعاد كل من الهواء، والعظم (العظمة الصدغية) الناقلة للصوت عن طريق الإعتماد علىٰ أصوات عالية جداً تقدم من خلال السماعات، وقد أظهرت الحالة الأولىٰ حيث أمكن التحكم في الهواء (إعاقته) وإستبعاد الصوت أثراً بسيطاً، أو بدون أثر علىٰ عملية اللجلجة (Showed Little or no effect upon Stuttering).

أمّا الحالة الثانية فقد كانت النتائج ناجحة بشكل مدهش، حيث اختفت اللجلجة في هذه الحالة بشكل تام، إن هذه النتائج أكدت بشكل قوي بأن

إدراك الصوت الناتج عن العظمة الناقلة (bone - conducted) هو الذي يشكل عيباً في هذا النمط من الكلام الشاذ، وكذلك فإن الإفتراض المتبع كان يدور حول أن العيب في عملية اللجلجة يمكن أن يرجع إلىٰ التأخر أو إلىٰ إرجاء عملية التغذية الراجعة للكلام من خلال النواقل العظمية.

بمعنى آخر إن هذا الوضع يقترح أو يقرر أنّ الكلام الطبيعي يكون ممكناً عندما نكون قادرين علىٰ الحصول علىٰ معلومات حالية (تغذية راجعة) عن فعاليات الكلام، وإن أي تأخير في الحصول علىٰ هذه المعلومات سوف يؤدي إلىٰ الإرتباك وبالتالي إلىٰ اللجلجة، ولقد أراد كل من شيري وسيرز القيام بتجارب أخرىٰ بهدف تنقية هذه النتائج السابقة، والوصول إلىٰ توضيحات أكثر أهمية فيما يتعلق بالدلالة الحقيقية، وبأهمية النقص في إدراك الصوت الناتج عن العظمة الناقلة (Bone - Conducted Sounds).

في إحدىٰ هذه التجارب سُمع صوت غامض وصوت مرتفع من خلال سماعات أذنية، وكان هذا الصوت بذبذبات إما أعلىٰ أو أقل من (٥٠٠) خمسمائة ذبذبة في الثانية، وبتردد الصوت الغامض والمرتفع يمكن للجلاج (الفرد الذي يعاني من اللجلجة) فقط أن يكشف النغمات ذات التردد المنخفض (عن طريق العظمة الناقلة) ومن خلال كلامه الخاص، والعكس كان صحيحاً عندما إختفىٰ الصوت الغامض عدا صوت المريض ذو النغمات ذات التردد المرتفع.

وباختصار كانت النتائج مطابقة لما سبق التنبؤ به من أنَّ إدراك النغمات ذات الترددات المنخفضة (العميقة) من صوت المتكلم هي التي تؤدي إلىٰ التلعثم، وعندما أوقفت وبطريقة ما النغمات ذات التردد المنخفض فإن التمتمات (Stutters) مالت إلى الإختفاء تماماً، لقد أشارت هذه التجربة بوضوح إلىٰ أن بعض أشكال التغذية الراجعة (أو الإسترجاعية)، كما في مثل هذه الحالة فإن التغذية الراجعة للنغمات ذات التردد المنخفض يمكن أن تؤدي إلىٰ عدم السواء.

أخيراً إن فكرة إمكانية الحصول على درجة من التحكم أو السيطرة

بالنسبة للعمليات اللا إرادية وذلك عن طريق تدريب مناسب من عملية التغذية الراجعة، يمكن التطرق إليها من خلال الدراسات حول معدل ضربات القلب (Heart rate)، علماً أن هذه الدراسات ما زالت غير حاسمة أو مقنعة بشكل تام، إنَّ الدارسون يفترضون بأن معدل ضربات القلب يتأثر لحد ما بالعوامل الناتجة عن عملية الإدراك والمعرفة (إدراك المثير ودرجة الخوف مثلاً)، ومن هنا يفترض أنه بالإمكان حفظ معدل ضربات القلب ضمن حدود نفترضها، ويتم ذلك عندما تكون الإشارات البصرية متاحة وميسّرة، لذا فإن هذه الإشارات البصريّة تظهر نوع من التغذية الراجعة تسهل الحصول علىٰ نوع من السيطرة علىٰ العمليات اللا إرادية، وتجعلنا نعي الفاعلية التي تجعلنا قادرين علىٰ السيطرة عليها.

إن مثل هذه الإستخدامات للتغذية الراجعة أو العائد البيولوجي (Bio - feedback) أظهر تحسناً جزئياً في معظم النظم العلاجية التي قام بها العالم ماثيوز (Mathews)، وفي إحدىٰ هذه الإستخدامات كان المريض يعاني من تشنج خلال الكتابة (إعتقال يد الكاتب)، وكان بالإمكان تقرير أن صعوبات المريض متعلقة بشذوذ في الفاعلية العضلية في مقدمة الذراع، وقد قام (ماثيو) بترتيب موقف للكتابة بحيث تتكشف من خلاله هذه الفعالية للمريض علىٰ شكل نغمة صوتية تصبح مرتفعة أو منخفضة (ومريحة)، وذلك تبعاً لدرجة الشذوذ الموجود، وطلب من المريض بأن يحتفظ بمستوىٰ النغمة منخفضاً قدر المستطاع، ومن خلال الجلسة الأولىٰ تمكّن المريض من اكتساب درجة لا بأس بها من السيطرة علىٰ الإستجابات العضلية المبالغ فيها، ومع تحسن مستمر في سهولة الكتابة، ومن سوء الحظ أن المريض لم يتلقَ تدريبات أخرىٰ، وبحيث لا يبدو لنا واضحاً إلىٰ أي مدىٰ من التقدم الإضافي يمكن أن يصل إليه المريض، ولا إلىٰ أي مدىٰ يكون هذا التحسن باقياً، ومن الواضح أن إمكانيات السيطرة بواسطة التغذية الراجعة تستوجب البحث بصورة أكبر، وعلاوة علىٰ ذلك فإنه يمكن من خلال هذه النتائج التجريبية (الغير نهائية) إستخلاص بعض النتائج المتعلقة بالقيمة العلاجية لهذه الإجراءات.

الفصــل الحادي عشــر
العلاج بالتنفير
(A VERSION THERAPY)

العلاج بالتنفير

(AVERSION THERAPY)

المريض هو سائق سيارة، شاب، نجده يجلس على كرسي في غرفة صغيرة، ويبدوا عليه أنه أعطي حقنة عضلية من عقار الأبومورفين (Apomorphine) عيناه محدقتين بشكل فارغ علىٰ شاشة بيضاء وضعت في الجانب الآخر من الغرفة، وبينما هو كذلك بدأ العقار بمفعوله وبإثارة أحاسيس الغثيان (Nousea) لديه، وهذه الأحاسيس تزداد حدّة. وقد عبّر المريض عن هذه الأحاسيس (Sensations) بأنه بدأ يشعر بها، وقد ظهرت بشكل مزعج ومؤلم، وصاحب ذلك ظهور صور على الشاشة مع آلة تسجيل تصف للمريض الصور المعروضة ـ التي تقترن بالموقف المؤلم لدىٰ المريض ـ وقد تضمنت هذه الصور مجموعة من الشفافيات (Transparencies) من مقاس (٣٥) ملم، وتتعلق بمشكلة المريض ذاته، وهي إرتداء مختلف أصناف الملابس الداخلية، وحتى ارتداء اللباس النسائي بشكل كامل مع إستعمال المساحيق التجميلية (Cosmetic make - up)، ويقوم المريض بصوته الخاص بتسجيل وصف لهذه الملابس مع قرن هذا الوصف باسمه الذي يتكرر أثناء عملية الوصف (مما يجعل المريض يتلذذ بهذا الوصف وبرؤية هذه المشاهد)، ويستمر هذا الإجراء وحتى يتقيأ المريض بسبب تأثير العقار، (The procedure is continued until the patient vomits from the effect of the drug). إنّ المريض كان يستمد شهوته الجنسية من الملابس الأنثوية (شكل من أشكال الفيتشزم) واستمر على هذه الحال حتىٰ عمر خمسة عشر عاماً، وبعد زواجه بعام أو أقل تعلمت زوجته هذا الإجراء المنحرف منه، إلّا أن

ذلك ترك أثره علىٰ الحياة الزوجية، مما دفع الزوجة أن تتخذ موقفاً قوياً تجاه زوجها من أجل البحث عن العلاج، وفعلاً أخذ المريض ما يقرب من (٦٨) جلسة علاجية من النوع السابق (بواسطة عقار الأبومورفين ورؤية ملابس النساء).

وفي نهاية العلاج تخلّص المريض من عَرَضه (الإنحراف الجنسي) وأصبح يشعر بأن هذه المشاهد أصبحت مشوّهة في نظره وباعثة إلىٰ الضيق والألم، وهو (أي المريض) لم يفهم كيف أن الملابس الأنثوية الداخلية كانت تؤدي به إلى السرور واللذة.

إن هذه الحالة السابقة هي واحدة من حالات عديدة من الإنحراف الجنسي التي تغيّرت أو تعدّلت بواسطة ما نسميه بالعقوبة (punishment)، إن هذا النوع من العلاج القسري المسمى بالعلاج بالكراهية (أو بالنفور) قد طبق بشكل دقيق علىٰ أعضاء الجمعية الفاشستية (Authoritarian members Society).

ويمكن لهذه الطريقة بما تسببه من آلام أن تكون مؤثرة في بعض الحالات، ولكن المشكلة قد تكون وبكل تأكيد بعيدة عمّا يبدو من إجراءات بسيطة أو سهلة لهذه الطريقة، وسنشير فيما بعد إلىٰ بعض القضايا المطروحة في هذا المجال، أمّا النقطة الأساسية في هذه الطريقة هي أنّ المريض إذا تعلّم (عن طريق الإشراط والإقتران) هذه الإجراءات المؤدية إلىٰ العقوبة أو الألم، فإنه يمكن وبدقة ضبط الشروط التي صاحبت ذلك، إن عملية تطبيق أي مثير يؤدي إلىٰ العقاب أو النفور وكوسيلة لتعديل السلوك هي عملية قديمة وعامة (أو منتشرة)، إلّا أنه بسبب نجاح إستخدام هذه الطريقة، وما تؤدي إليه من نتائج فقد بقيت هذه الطريقة سائدة.

إنّ الفرد من طبيعته أن يسلك دائماً الطريقة التي تؤدي أو تقترن باللذّة (معزز موجب) وتجنب أي شيء يؤدي ألىٰ الضيق أو الألم (معزز سالب)، ومع ذلك فإن هناك بعض التناقضات حول أثر هذه الطريقة ومدىٰ فعّاليتها.

إن أول دراسة تجريبية تناولت المثيرات المؤلمة استهدفت ربط هذه المثيرات بشكل كافٍ باستجابة ما ليس من السهولة علىٰ الفرد أن يتعلمها من خلال طرائق أخرىٰ، وعلىٰ سبيل المثال نجد في الدراسات المبكرة التي أجريت علىٰ مبدأ الإشراط أن إستجابة بروز براثن الكلب كانت تتم عن طريق إزالة أثر الصدمة الكهربائية علىٰ قدم الكلب، وقد كان هذا السلوك يرتبط بصوت ما أو بأي مثير آخر حيادي (مثل رؤية ضوء، رؤية شكل ما، شم رائحة، تيار هواء) والمخطط التالي يوضح لنا ذلك:

توجيه صدمة كهربائية على قدم الكلب	←	**يؤدي إلىٰ بروز براثن الكلب**
توجيه صوت ما (مثير حيادي)	←	**يؤدي إلى استجابة ما.**
صوت + توجيه صدمة كهربائية	←	**بروز براثن الكلب**

ومع التكرار وعن طريق عملية الإقتران الشرطي يصبح لدينا:

الصوت (بدون صدمة	←	**يؤدي إلىٰ بروز براثن قدم الكلب**
إذن الصوت	←	**إلى بروز براثن الكلب وإلىٰ تخلص الكلب من**

أمّا في الدراسات المتقدمة فقد كانت هذه الدراسات ترتكز على استخدام العقوبة بهدف تعديل وضبط الإستجابات الغير مرغوب فيها (العادات العصابية والإنحرافات)، ويمكن إستخدام هذه الدراسات من أجل نواح علاجية تتم بمساعدة تطبيق العقوبة من خلال وضع إشراطي، كما في حل مشكلة الإدمان علىٰ الكحول (الكحولية) (Alcoholism)، من هذه الدراسات على سبيل المثال الدراسة التي قام بها كل من فوجتلين (Voegetlin) وليمير (Lemere) وزملائهم، حيث استخدموا بعض المواد الكيمائية المؤدية إلىٰ الألم والنفور مع حالات الإدمان الكحولي، وتعتبر مثل

هذه الدراسة هامة جداً ليس بسبب كبر عدد أفراد العينة التي تجاوزت أربعة آلاف حالة إدمان (٤٠٠٠)، وإنما بسبب الفترة الطويلة من المتابعة التي تلت العلاج والتي امتدت حوالي عشر سنوات وأكثر، وكان المبدأ الرئيسي في العلاج يعتمد علىٰ عملية بناء إرتباط جديد أثناء تعاطي مادة الكحول ومشاعر الغثيان والدوار والألم، وقد تمّ تحقيق ذلك عن طريق استخدام عقاقير مؤدية إلىٰ عملية التقيؤ وإلىٰ إحساسات مؤلمة غير سارّة، فبينما يعاني المريض من هذه الأحاسيس يسمح له بشرب كميّة قليلة من المشروب المفضّل، ويمكن إجراء هذه الطريقة داخل غرفة بار صغيرة وتحت نور خافت، أو بالإستعانة بضوء كشّاف (Spotlight) يضيء صف زجاجات الخمرة وبحيث نضمن ظهور المثيرات الكحولية (الحوافز)، ويمكن للمريض أن يشرب جرعات بسيطة من الخمر بين كل جلسة علاج وأخرىٰ، وحتى يتمكّن من أن يميّز وبشكل صحيح ما تؤدي إليه هذه المشروبات من الإحساس بعدم الرضا، والتقزز، وعدم السرور والنفور[1]. . . بينما مشروبات أخرىٰ معينة (مثل العصير، الشاي. . .) تؤدي إلىٰ حالات سارّة، والنتيجة تصبح مشجّعة حتىٰ أنها تصل لدرجة أن المريض المدمن يمتنع عن المشروبات الكحولية (Abstinence) بكافة أنواعها ولمدة تتجاوز الخمس سنوات، ولقد لوحظ ذلك من خلال الحالات التي قام فوجتلين وليمر بعلاجها، حيث لوحظ أن نسبة (٥٠٪) من

---

(١) عادة ما يؤدي تناول الكحول قبل العلاج إلىٰ أحاسيس سارّة ومريحة للمريض. ولكن بعد تناول عقار التمبوسيل، أو الأبومورفين بالإضافة إلىٰ جرعة كحول فإن ذلك يؤدي إلى أحاسيس الضيق والألم، ومع التكرار تصبح جرعات الكحول مؤدية في حد ذاتها إلىٰ أحاسيس الضيق والألم بعد أن كانت في السابق تؤدي إلىٰ السرور والراحة، وبهذا يتخلص المريض تدريجياً من عادة الإدمان، وبهذا الشكل نجد أن عملية العلاج إعتمدت علىٰ فك الإشراط أو الرابطة بين الكحول والأحاسيس السارّة (de.- Condioning)، كما اعتمدت علىٰ إعادة الإشراط أو الرابطة بحيث أصبحت جرعات الكحول تؤدي إلىٰ الألم والضيق. وبالتالي يمكن إحلال عادة صحيحة مثل تناول بعض المشروبات العادية مكان العادة السابقة السيئة تناول الخمر (Re - Condioning).

الحالات إمتنعت عن تناول المشروبات الكحولية ولفترة خمس سنوات بعد العلاج، وقد انخفضت هذه النسبة إلىٰ (١٣٪) بعد فترة طويلة من العلاج تراوحت بين (١٠ - ١٣) سنة. وبالإضافة لذلك فقد قام بلاك (Blake)عام (١٩٦٥) بعلاج (٣٧) حالة إدمان علىٰ الكحول. مستخدماً طريقة العلاج التكريهي الإسترخائي (Relaxation - Aversion Therapy)، وفي هذه الطريقة قام (بلاك) بتدريب المريض علىٰ عملية الإسترخاء التي تسبق عملية الإشراط التكريهي، وذلك لأن بلاك اقتنع بسبب ممارساته حول علاج المدمنين بفعالية هذه التركيبة العلاجية، ويرىٰ بلاك أن لهذه الطريقة من العلاج معنىٰ هام، حيث أن المريض يستطيع أن يقلل من درجة قلقة ومن الدوافع النفسية الأخرىٰ التي تدفع المريض إلىٰ الإفراط في الشرب، وبلاك يعتبر أن حالة الإسترخاء تساعد في ذلك وتعمل علىٰ تحرير عادة الشرب من أي عقبة أو عائق أو دافع، وبحيث تبقىٰ عادة الإدمان تحت تأثير العقاب (أو الألم) المترتب علىٰ عملية العلاج فقط. إن افتراض بلاك يتضمّن مجموعة من وجهات النظر التالية:

١ - إن القلق قادراً على أن يؤدي إلىٰ زوال إستجابة الشرب.

٢ - إن حالة القلق تؤدي إلىٰ خفض الدافع.

٣ - يمكن لحالة الإسترخاء أن تكون وسيلة إلىٰ خفض الدافعية إلى الشرب.

٤ - يمكن لحالة الإسترخاء أن تكون بديلاً عن حالة تعريض المريض إلى القلق والألم في خفض الدافعية للشرب.

مع ملاحظة أن حالة القلق قد تكون سبباً من أسباب الشرب، كما قد تكون وسيلة في العلاج. وفي طريقة بلاك يجلس المريض إلىٰ طاولة صغيرة، وينظر بطريقة ما إلىٰ شاشة وضعت أمامه، ويوضع في مقدمة ذراعه أقطاب كهربائية تطلق صدمة كهربائية، ويمكن للمريض أن يتناول الماء، أو الكحول حسب ذوقه وإرادته، كما يمكنه تناول الكأس الذي تخلط بداخله

الخمرة، وتعطىٰ التعليمات للمريض أن يرشف من كأسه (To sip)،ولكن دون أن يبتلع ما ارتشفه من الخليط (The Mixture)، كما يخبر بأنه إذا أراد إنهاء أثر الصدمة الكهربائية عليه أن يبصق ما ارتشفه من مشروب داخل وعاء وضع لهذا الغرض، وخلال هذه المحاولات فإن عملية الرشف للمشروب (Sipping) يصاحبها صدمة كهربائية شديدة، وفي محاولات أخرىٰ فإن الصدمة تزول إذا بصق المريض ما شربه وذلك عندما يضاء النور الأخضر، ويعتمد هـذا الإجراء علىٰ مبدأ التعزيز الفاصلي أو المتقطّع (Intermittent reinforcement).

إن نصف المحاولات يتعرض فيها المريض إلىٰ صدمة كهربائية، والنصف الآخر من المحاولات لا يتعرض لذلك، وإن هذه الجلسات العلاجية الإشراطية كانت تستمر لأكثر من (٤ ـ ٨) أيام وبمتوسط قدرة خمس ساعات علاجية لكل مريض، ويتبيّن بعد مدّة ستة أشهر من إتمام العلاج أن نسبة تقدر بحوالي (٥٤٪) من المرضىٰ تحسنت حالتهم وأصبحوا متزنين غير ثملين في الشرب (Sober)، وامتنعوا عن المسكرات (abstinent)، ونسبة تقدر بحوالي (٣٨٪) من الحالات تعرضت إلى الإنتكاس، ونسبة حوالي (٨٪) من المرضىٰ ترك بعد عملية العلاج (ولم يخضع للمتابعة)، ومنهم من لم يستفد مما قدّم إليه من معلومات علاجية، وبعد مضي سنة من العلاج لوحظ أن الذين تحسنت حالتهم وامتنعوا عن الشرب، وكذلك الذين انتكسوا بقيت نتائجهم كالسابق تماماً بعد ستة أشهر من العلاج، وهذه النتيجة دفعت كل من العالم (جلات) (Glatt) ١٩٦٤، وبلاك إلىٰ القول بأن خطورة الإنتكاس تظهر بوضوح بعد ستة أشهر من العلاج، وأضاف بلاك إلىٰ أن هذه النتائج لا تدعو إلىٰ الرضا، وأنه يمكن الحصول عليها بطرائق العلاج الأخرىٰ، والواقع أن فشل الإستجابة في مثل هذه الطريقة من العلاج محتمل كثيراً، وقد قام العالم ماك كيولوش (Mc Culloch) عام (١٩٦٦) بإجراء تجربة استهدفت تفادي الملاحظات السابقة، واعتمد فيها علىٰ مبدأ تحذير المريض، وقد قام كيولوش بإعدادمدرج للقلق مكوّن من مواقف مختلفة سائدة

لدىٰ مدمني الشرب مثل، تقديم زجاجات خمر مختومة، ثم زجاجات خمر مفتوحة، ثم خمر داخل كأس، ثم تذوق أو شم رائحة الخمر. . . وقد كانت هذه المواقف تقدم عن طريق صور فوتوغرافية وشرائح (Slides)، وفي نفس الوقت يستمع المريض من خلال شريط مسجّل ألىٰ دعوة من أجل أن يتمتع بهذه المشاهد لدرجة الإثارة، فإذا ما حدث ذلك فإن المريض سيتلقىٰ صدمة كهربائية وكمثير إكراهي، ولكن يسمح للمريض في مناسبات أن يتفادىٰ هذه الصدمة، أو الهروب منها بواسطة الإبتعاد عن المشهد الموجود في الشريحة وبعد إنتهاء التجربة تبيّن أنه لم يستفيد أي مريض من المرضىٰ الأربعة الذين خضعوا للعلاج، واستمر جميع المرضىٰ بالشرب بإفراط، ولم يستفاد من هذه التجربة إلّا الملاحظات التالية وهي أنَّ هؤلاء المرضىٰ أظهروا استجابات مختلفة فيما يتعلق بالزمن الفاصل (زمن الرجع) بين مشاهدة المشهد أو إحضار الشريحة وبين عملية الإبتعاد عنها، كما أنه لوحظ أن هؤلاء المرضىٰ لم يتمكنوا في مناسبات مختلفة من تجنب الصدمة.

وقد لاحظ بعض الباحثين بأن المثير الذي يسبب ألماً (عضوياً) يكون أكثر قيمة من حيث فاعليته، وقد قام ساندرسون (١٩٦٣) (Sanderson) بتطبيق هذا المبدأ حيث قام باستخدام عقار السكولين (Scoline) في علاج بعض حالات من الإدمان الكحولي، وهذه المادة الكيمائية تؤدي إلىٰ مضايقات شديدة في جهاز التنفس مما يؤثر علىٰ طاقة وتحمل المريض وتحدث لديه صدمة (عضوية)، وقد كان ذلك يطبق تحت ظروف معينة، حيث يعطىٰ هذا العقار بصحبة قليل من المثيرات الكحولية مثل كأس من الوسكي، وقد تبيّن أن ذلك يؤدي إلىٰ رد فعل إكراهي قوي، ويمكننا أن نفهم من ذلك أن إستخدام طريقة الإشراط الإكراهي تتعلق بصورة رئيسية بالإضطرابات النفسية التي تؤدي إلىٰ نوع من الرضىٰ والإشباع لدىٰ المريض (أو إلى نوع من النفور والكراهية).

وفي مثل هذه الحالات يكون الأمل في تعديل أو تغيير سلوك المريض الذي كان يؤدي لديه (في السابق) إلىٰ نوع من الإشباع والرضىٰ كبيراً،

والمريض يبقىٰ في حرية من أجل تعلم طريقة جديدة ترضي حاجاته، ويمكننا أن ننتبه قليلاً إلىٰ المخارج الجديدة التي يتزود بها المريض الذي يعالج عن طريق الكراهية، أي الوسائل الكثيرة التي يحتمل أن يستخدمها المريض للوصول إلىٰ سابق سلوكه (المنحرف)، ومثل هذه الوسائل هي التي تؤدي إلىٰ [illegible]. من حالات الإنتكاس المصاحبة لهذا الشكل من العلاج لذلك فإننا نجد بعض الدراسات الحديثة قد تنبهت إلىٰ هذه المشكلة، أي إلىٰ مشكلة حلول عرض آخر (سلوك أو استجابة أخرىٰ) بديل عن السلوك الذي كف أو زال أثناء عملية العلاج، وقد كنّا قد أشرنا سابقاً إلىٰ شيء من هذا القبيل من خلاد دراسة (بلاك) الذي استخدم سلوك الإسترخاء. ومع ذلك فإن المحاولات العلاجية في حاجة إلىٰ متابعة منظمة من أجل الحصول علىٰ قدر جيد من التحسّن، ولعل الأمر تظهر أهميته من خلال علاج حالات الجنسية المثلية (Homosexuals) (أي اللواط أو السحاق).

ولقد أجريت بعض الدراسات فيما يتعلق بعلاج حالات الجنسية المثلية من قبل سوليوم (Solyŏm) وميللر عام (١٩٦٥)، حيث أجريا دراسة على ست حالات من مرضىٰ الجنسية المثلية، وبعد أن أخذت منهم المعلومات اللازمة نجدهم يجلسون علىٰ كرسي مريح داخل غرفة مظلمة حيث يعرض عليهم شرائح (Slides) تتضمن صوراً إمّا لذكور عراة (Nude males) أو لإناث عراة، وفي حالة عرض الأشكال الذكرية وتمتع المريض بالمشهد توجه إليه صدمة كهربائية قوية، وأحياناً تكون هناك محاولات غير مقترنة بالصدمة (أي غير معززة سلبياً) وتعتمد على التعزيز الفاصلي، وقبل عرض صور الإناث توجه صدمة كهربائية أخرىٰ للمريض وحيث نجد إتجاه المريض بدأ يتحوّل نحو الإناث وقد يصدر عن المريض عمل ما يؤدي إلىٰ رفض أي شيء يوجد على الشريحة، وتدريجياً يتعلم المريض بأن المثيرات الذكرية تؤدي إلى الصدمة والألم، وأن الهروب من هذه العقوبة يكون عندما يهمل المريض أو يرفض المواقف الجنسية المثلية، والطريقة هذه تهدف إلىٰ التقليل من فاعلية المثيرات الجنسية المثلية، مع الإحساس بالراحة أو بضعف القلق المصاحب

للإهتمام بالنساء، إن هذه الطريقة السابقة (طريقة مزج الصور الذكرية بالصور الأنثوية) يبدو أنها (وحسب القياسات الفسيولوجية) تميل إلىٰ أنها لا تحدث تغيراً ملحوظاً في المرضىٰ بمعنى آخر إحداث تغير في إستجاباتهم إلىٰ الصور الذكرية، ولكن من ناحية أخرىٰ لوحظ أن هناك دليل واضح حول وجود إستجابة إيجابية نحو المثير الأنثوي، وبصورة عملية فإن هذا الموقف مشجّع قليلاً. ومن أجل جعل المرضىٰ يمتنعون عن علاقاتهم مع الجنس الذكري. إن سوليوم وميللر قد أدركا وبوضوح النتائج الغير حاسمة في دراستهم، ووجدا بأن العلاج يمكن أن يؤدي إلى أنواع من التحسّن الطفيف الغير ثابت (الزائل أو العابر Transient) نحو الجنسية الغيرية (Heterosexual)، وتجدر الإشارة هنا إلى أن ثلاثة مرضىٰ من أصل ستة مرضىٰ قد فشلوا من الإستفادة من العلاج النفسي المكثّف (طريقة التحليل النفسي)، بينما في العلاج الإشراطي يمكن أن تكون الإمكانية أكبر في أن هذا الشكل من العلاج يؤدي إلىٰ تحوّل تام إلىٰ الجنسية الغيرية.

وهناك محاولات إنتهت إلى نتائج أفضل قام بها كل من فيلدمان (Feldman) وماك كيولوش (Mc Culloch) (١٩٦٥) واستخدما طريقة العلاج بالكراهية، وقد كان الحافز وراء هذه المحاولات معالجة الجنسية المثلية، وكذلك تجنب بعض المشكلات النظرية التي تعرضت إليها الدراسات السابقة، مع تصميم طريقة علاجية مشتقة من آلاف التجارب السابقة التي أجريت علىٰ تعلم الحيوان والإنسان والموجودة في كتب التربية وعلم النفس، وقد اعتمدت طريقة فيلدمان وكيولوش على إعداد شرائح لصور تتضمن مواقف لذكور وإناث بدرجات مختلفة من الإثارة والإغراء، كما إعتمدت علىٰ إقتران المثيرات الذكرية بصدمة كهربائية، بينما تقترن المثيرات الأنثوية بالراحة من الصدمة، ويبدو أن هذه المهمة ولإعتبارات مهنية تعتبر معقدة (حيث يتدخل فيها مجموعة عوامل)، وقد أمكن ضبط ستة متغيرات (Six varibles) مشتقة من تجارب التعلم، وبهدف الوصول إلىٰ مستوىٰ جيد من الفائدة والحصول علىٰ إستجابات جديدة وحسنة، وبلغت عينة البحث ستة عشر مريضاً،

عولجوا بالطريقة السابقة وأبدىٰ (١٢) مريضاً منهم تحسناً ملحوظاً، وهذا التحسّن يتدرج من تحوّل كامل نحو الجنسية الغيرية إلىٰ قمة هذا التحوّل وهو الزواج، إلىٰ علاقات مؤقتة مع البنات، وقد تبيّن من هذا البحث أن النتيجة تتأثر بشدة بعامل العمر (The age) حيث أن المرضىٰ الذين هم دون الأربعين في أعمارهم وعددهم (١٢) مريضاً ظهرت علامة التحسّن علىٰ عشرة منهم، بينما المرضىٰ فوق عمر الأربعين سنة وعددهم أربعة ظهرت علائم التحسّن علىٰ مريض واحد من بينهم فقط، وقد استنتج من ذلك ما يلي:

١ - إن هذه النتيجة تعكس الإختلاف في العادات بين الأفراد، والتي تكون قليلاً أو كثيراً قد تأصلت ورسخت.

٢ - إن تغيير هذه العادات أو تعديلها يكون أكثر صعوبة وأعمق أثراً لدىٰ كبار السن، منه لدىٰ صغار السن وخاصة فيما يتعلق بالجنسية المثلية والتحول نحو الجنسية الغيرية.

وقد يقول البعض بأن معظم طرق العلاج السابقة تركّز وتعتمد علىٰ الرمز فقط إلىٰ السلوك المنحرف (الصورة)، بينما يجب على هذه الطرق أن تركّز وتعتمد علىٰ السلوك المنحرف بحد ذاته (وكما هو في الواقع)، وكمثال علىٰ ذلك:

إن الصور التي تقدم للمرضىٰ والتي تتضمن مواقف لذكور عراة يمكنها أن تؤدي إلى الشهوة الجنسية، أو إلىٰ الإنتصاب (Erotic)... ولكن هل هذا هو نفس الشيء الذي تؤدي إليه الجنسية المثلية في مواقف الحياة الحقيقية؟ فإذا لم يكن ذلك فإن إستجابة المريض داخل التجربة ستصطدم بعقبات عند خروج المريض إلىٰ الحياة الواقعية، ومن الطبيعي أن اختيار المعالج لمثير رمزي يتطلب منه التعرف علىٰ حدود طريقته وفنّياته ولما سيقوم به تحت إسم العلاج، وتبقىٰ هناك بعض التساؤلات مثل كم من الواقعية يمكن أن تتحقق في الظروف التجريبية ودون أن تنتهك أو يعتدىٰ علىٰ المبادىء الأخلاقية لدىٰ الإنسان؟.

في إحدىٰ الحالات التي قام بعلاجها بلاك مور (Blak More)(١٩٦٣) كانت حالة مريض عمره (٣٣) عاماً، كان يتلذذ من رؤيته لملابس وزينة النساء ومن ارتدائه لهذه الملابس، وقد بدأ هذا السلوك منذ أن كان عمره أربع سنوات، ولكن إثارته الجنسية ظهرت بشكل واضح في مرحلة المراهقة، وفي فترة الخدمة الوطنية إنقطع عن هذه الممارسات،، ولكنه بقي خلال فترة الخدمة الوطنية يمارس العادة السرّية (Masturbation)، وكان يصاحب هذه العادة خيالات وتصورات علىٰ أنه أصبح يتزيّن ويرتدي ملابس النساء. وعندما عاد إلىٰ الحياة المدنية حاول أن يطلق العنان لمحاولاته المتعددة حول الأنشطة التي تهدف إلى تحوّله لأنثىٰ، ونمت هٰذه العادة لديه، وأصبح مقهوراً بشأنها وبشأن أن يظهر امام الناس بشكل إمرأة تماماً، في الملبس، والحذاء، والمكياج، ووضع الشعر المستعار... إلخ وإن زواجه لم يحل المشكلة حيث بدأ يكتشف بأن تعارض اللباس والشكل ضروري من أجل الوصول إلىٰ تبادل جنسي مرضي ومريح مع زوجته، وقد عولج علاجاً نفسياً لمدة ست سنوات ومع ذلك فقد فشل في تحقيق أي تحسّن ملموس.

وبعد ذلك عولج عن طريق العلاج السلوكي التنفيري، وحيث وضع المريض داخل غرفة صغيرة وضع في منتصفها ستار، وخلف هذا الستار يوجد كرسي ومرآة طويلة، وحصيرة صغيرة تستخدم من أجل إنطلاق الصدمة الكهربائية القويّة، وفي بداية العلاج يقف المريض علىٰ قطعة الحصير عارياً من ملابسه

وحسب تعليمات معيّنة يمكنه أن يبدأ بإرتداء الملابس والتجهيزات النسائية المفضّلة والفاخرة، وفي هذه المرحلة وأثناء قيام المريض بذلك توجه إليه صدمة كهربائية في أخمص القدمين (The Soles) وذلك عن طريق حذاء خاص صمم لهذا الغرض، أو أنَّ المريض يسمع صوتاً يحذره من ذلك، وفي كلتا الحالتين (الصدمة، وسماع الصوت) علىٰ المريض أن يبدأ في نزع ما ارتداه من ملابس نسائية وأدوات مباشرة، عند ذلك فإن الصدمة الكهربائية، أو الصوت سيتكرر خلال هذا الوقت وحتىٰ يتعدىٰ المريض مما لبسه تماماً، ومرّة أخرى يظهر لنا أن هذا الإجراء يتضمن إقتران الصدمة

الكهربائية بنزع اللباس، بينما الفرار من الصدمة يكون عن طريق الإسراع في عملية التعرّي من الملابس الغير مرغوب فيها، وإن إستخدام الصوت كمثير في نصف المحاولات يمثل عملية الإشراط التعزيزي الفاصلي، وقد تمَّ بهذه الطريقة معالجة خمس حالات تمَّ فيها إعطاء المريض نصف الوقت راحة له (بدون صدمة)، وكان العمل يستمر إلىٰ ثمان ساعات يومياً، ولمدة ستة أيام تضمنت حوالي (٤٠٠) محاولة، وكانت النتيجة ناجحة تقريباً، حتىٰ بعد العلاج بستة أشهر، وقد قرر المريض السابق أنه لم يعد يرغب بعملية التشبّه بالنساء، وتحسنت علاقته بزوجته، عدا بعض الآثار البسيطة المتبقية، كما وجد المريض نفسه أنه تخلّص من العادة السريّة ومن العلاقة المضطربة بزوجته.

وقد لوحظ بأنَّ المريض لإعتبارات فسيولوجية (الإثارة) ولإعتبارات أخلاقية قد يرفض التعاون مع المعالج، هذا وقد قام كل من تيت (Tate) وباروف (Baroff) (١٩٦٦)بدراسة حاولا من خلالها معالجة الأعراض السلوكية المنحرفة وضبطها الواحدة تلو الأخرى وباستخدام طريقة العلاج التكريهي.

وقد أجريت هذه الدراسة على طفل أعمىٰ ومريض عمره تسع سنوات واسمه سام (Sam) تلقىٰ علاجاً من حالات عصابية لسنوات عديدة، كان يؤذي نفسه وكان سلوكه يتجلّىٰ بضرب رأسه وبشدة بالجدران والأرض، وكان يقوم برفس (Kicking) كل شيء، وكان يحاول لصق ذقنه بكتفيه بشدة.

. . . بدأت حالته وببساطة عندما كان في الرابعة من عمره، وكان نظره ضعيفاً جداً ما عدا تمييزه للون الأسود، والقيام ببعض الحركات التي يميّز بها في عينه اليمنىٰ، هو طفل أعمىٰ تماماً، وكلامه محدود جداً عدا ما يقارب من عشرين كلمة كان ينطق بها بلغة مضطربة، ومع ذلك فقد كان يميل إلىٰ اللعب، والتسلية، وحاول أن يكوّن بعض العلاقات مع أصدقائه، وذلك في محاولة من أجل أن يطوّقوه بأذرعهم وأن يصعدوا به لإجتياز تلك الهوّة التي كان يشعر بها (العمىٰ)، وإذا ترك لوحده فإنه يصرخ ويبكي، ويشتغل في إيذاء نفسه، وقد استهدف العلاج محاولة السيطرة علىٰ أفعال إيذاء النفس

الشديدة، وبإختصار كان هناك رغبة ملحّة لدىٰ سام إلىٰ الإحتكاك بالآخرين، وقد كانت فكرة المعالج أنه يمكن لمثير إكراهي أن يمنع سام من الإعتماد علىٰ الآخرين ومن إيذاء الذات، ويتم ذلك عن طريق قيام إمرأتين تمسكان بذراعي المريض سام وتسيران معه وتتحدثان إليه، مع تكوين علاقة طبيعية تتفق مع رغبته وبحيث يتم تحديد وضبط محاولات إيذاء الذات التي كانت تقابل بالتجاهل من قبل المساعدتين خلال الجلسات التجريبية/ وقد كانت الخطة بأن العلاقة الطبيعية (التي تشبع رغبة المريض وتريحه) مع سام تزول حين يبدأ المريض سلوكه السيء، وفي هذه الفترة الحرجة يقدم للمريض مثير ما يؤدي إلىٰ إزعاجه أو يوضع المريض في ظرف يؤدي إلىٰ الكراهية والنفور، وبحيث يتلو ذلك السلوك الإيذائي لذات المريض، وتمَّ من هذه الدراسة إستخلاص النتائج التالية:

١ ـ إن ما يسمّى بالعلاج الإكراهي، أو بالظرف الإكراهي يؤدي وبشكل واضح إلىٰ خفض محاولات المريض لإيذاء نفسه، وساعد علىٰ ذلك خلق ظرف مسرحي تمثيلي علىٰ النحو الذي أشرنا إليه سابقاً.

٢ ـ لوحظ بأن سلوك المريض قد طرأ عليه شيء من التحسّن أو الضعف لحظة تقديم المثير الإكراهي (إنقطاع العلاقة مع السيدتين الممرضتين).

٣ ـ إن حالات البكاء والصراخ التي شوهدت لدىٰ المريض سابقاً قد تركت المجال أمام سلوك أكثر لطفاً، وحتى الإبتسامة كانت بادية علىٰ المريض لحظة التجربة.

إن هذا التقدم الذي حققه المريض لم يكن بالسرعة الكافية بحيث تمَّ منع هذا المريض عن أعماله التخريبية، وذلك بسبب ضعف القدرة علىٰ الإبصار لديه، وقد وافق والدي المريض علىٰ أن يستمر العلاج وذلك بعد استبدال الصدمة الكهربائية بأي مثير شرطي إكراهي آخر، وبدى سام مرحلة علاج جديدة بنظام جديد وداخل غرفته (غرفة سام) وقام الباحثان (تيت

وباروف) مع الأخصائي بالجهاز العضوي بالحديث مع سام بعد توفير جو من اللطف والهدوء والبساطة ومن أجل أن يستلقي علىٰ السرير وأن تقيّد قدميه (Restrained)، وأخبر سام بأنه إذا استمر في إيذاء نفسه فإنه سوف يصدم وأن هذه الصدمة ستؤذي نفسه، وبعد ذلك فإن أية محاولة يقوم بها سام لإيذاء نفسه سوف يصاحبها صدمة كهربائية في الطرف السفلي من القدم اليمنىٰ، وتمَّ إستخدام طريقة التعزيز الفاصلي، وكانت هناك فترة بين المثيرات يقضيها المريض باللعب مع تشجيع، وبعث الأمل في نفسه من قبل الباحثين الذين يوجهون له الثناء كلما قام بحركة لا تؤدي إلىٰ إيذاء نفسه، وقد لوحظ بعد ذلك أن محاولات إيذاء النفس ضعفت وقلّت، وفاعليات سام اليومية خارج الوضع العلاجي قد تقدمت، كما أن عملية الإستمتاع في المشي، وانشغاله بملاعب الأطفال ساهمت في عملية التقدم، وبدأ سام يستفيد من جميع المثيرات المفيدة والمتاحة له. إن نتيجة هذه الدراسة تشير إلى أن إسترجاع العلاقة الطبيعية مع الآخرين، والصدمة الكهربائية أدتا إلىٰ إضعاف ونقص مخاطر سام السلوكية، وهذه الإجراءات أدت إلىٰ تحسّن ملموس من حيث حساسية سام العامة وقدرته علىٰ التمتع بالبيئة المحيطة به، وعلاوة علىٰ ذلك فإن هذه التحوّلات بدت علىٰ أنها أكثر ديمومة. ولكن السؤال الذي يطرح الآن هو معرفة فيما إذا كان التحسّن في سلوك المريض يرجع إلىٰ إسترداد علاقته بالآخرين، أم إلىٰ استخدام الصدمة الكهربائية وذلك بسبب ضبط سلوك الطفل،؟ ولكن في نفس الوقت يمكن القول بأن إصابة سام لنفسه بالإيذاء كان كافياً لأنه يؤدي إلىٰ ألم وشقاء يجعله يحد من فعلته، من ناحية أخرىٰ تبدوا لنا أن هناك نقطة محيّرة منطقياً وهي لماذا عملية العقوبة المشروطة (الصدمة أو فقدان العلاقة) تؤدي إلىٰ هذه التحوّلات في سلوك سام بينما عقوبة الذات عن طريق الإيذاء لا تؤدي إلىٰ هذه التحوّلات؟ وقد أشارت التقارير إلىٰ أن سلوك سام في إيذاء نفسه كان يؤدي إلى ألم أقسىٰ من الصدمة الكهربائية، وبمعنىٰ آخر كان من المفروض أن تحدث هذه التحولات وأن يقف المريض عن إيذاء نفسه، وأن يكف هذا السلوك في الطريقة الطبيعية. . . دون حاجة إلىٰ صدمة وعلاج، ومن المؤكد أن إيذاء

الذات كعقوبة للذات تعتبر من الشروط الهامة في كف سلوك المريض، ويمكن القول بأن إجراءات السلوك المؤذي ونتائج العقوبة بالنسبة للسلوك العصابي عادة ما تكون بعيدة عن أن تقترن بالفعل ذاته، (ولأن السلوك العصابي حسب نظرية التحليل النفسي يحقق لدىٰ المريض بعض الأهداف الثانوية مثل خفض القلق والصراع والشعور بالإثم. . .) بينما إجراءات المكافأة تكون في الحال وفورية (مثل الهروب من الصدمة) لذلك فإنها تؤدي إلىٰ تعلم أفضل.

وهناك دراسات أخرىٰ استخدمت الإشراط التنفيري بهدف تعديل بعض المظاهر السلوكية لدىٰ مرضىٰ ذهانيين، وعلىٰ كل حال فإن قيمة التدريب التكريهي يكون موثوقاً منه في الحالات الأقل شدّة مثل حالات التلعثم (Stuttering) والبدانة (Obesity)، وحالات التدخين (Smoking). . .

ومن الحالات التي قام كل من ماير (Meyer) وكرسب (Crisp) عام (١٩٦٤) بعلاجها وباستخدام طريقة الإشراط التكريهي، حالة إمرأتين تعانيان من البدانة (السمنة المفرطة)، الحالة الأولىٰ لإمرأة عمرها (٢٦) عاماً تعيش وحيدة، وكانت تعاني من صعوبات في علاقاتها الشخصية وصداقتها مع الآخرين. ووضع المعالج في إعتباره أن مشكلات هذه المرأة يمكن أن تصبح أقل شدّة إذا تمكنت من إنقاص وزنها، والحالة الثانية لإمرأة متزوجة عمرها (٤١) عاماً ولوحظ عليها تناول الطعام بكثرة وشراهة مفرطة، وبدا أن ذلك يتعلق بالمناسبات الغير سعيدة مع زوجها الذي يخونها (Infidelity) أو الذي لا تثق به، جلست المريضتان داخل غرفة معزولة مجهزة بطريقة ما بشاشة، كما وضعت على أحد الجدران خارطة للوزن، وصور لنساء بدينات موضوعة بجانب الأوزان العالية، وصور أخرى مرتبة بدءاً من النساء النحيفات (Slim)، ثم النساء الأكثر جاذبية من حيث الوزن المرغوب فيه.

الوزن	
١١٠ كغ	(بدينات)
١٠٠ كغ	
٩٠ كغ	
٨٠ كغ	(أقل بدانة)
٧٠ كغ	
٦٠ كغ	(النساء الأكثر جاذبية)
٥٠ كغ	
٤٠ كغ	(النساء النحيفات)

وكـان يقدم في العـلاج نوع من الـطعـام الشهي، ولكن أيـة وسيلة أو محاولة للوصول إلى هذا الطعام سيؤدي إلى حدوث صدمة كهربائية، وكان هناك طعاماً خاصاً يقدم من قبل المعالج إلىٰ المريض، وهذا الطعام يخضع إلىٰ حمية معينة (Diet)، وتناول هذا الـطعام الخـاص لا يصاحبـه صدمـة كهربائيـة، بينما إذا حـدثت المحاولات نحـو الطعـام المغري الشهي فـإن الأقطاب الكهربائية تتحرر وتعمل على إنطلاق الصدمة الكهربائية، علماً بأن المريض قد أُخْبر بأن إستجاباته ستبقىٰ تحت الملاحـظة من خلال جـانب واحد من الستار، وتـدريجياً تمكّن المـرضىٰ من تسجيل نتـائج كبيـرة من التحسّن في المجال الإجتماعي وفي مجال الحمية، وظهر نوع من النجاح لـدىٰ المريضـة الأولىٰ خلال فتـرة ستة أسـابيع من العـلاج، حيث فقدت المريضة ما يقارب من عشرين رطلاً من وزنها واستمرت في هبـوط الوزن حتىٰ بعد خروجها من المستشفىٰ، وتبيّن أن هناك علاقة واضحة بين وزن المريض ونمط شخصيته، وبحيث بدا أن فقدان الوزن يرتبط بمشاعر الإحباط وتوهـم المريض (Hypochondriasis)، بينما زيادة الوزن يرتبط بمشاعر مغايرة لذلك، وقد أشار كل من (ماير) (وكرسب) إلىٰ وجود فروق واضحة بين هاتين الإمرأتين، وإلىٰ أن الفرد العادي يمكنه أن يميّز الفرق بين المريضتين من حيث الإستجابة للعلاج، وإن مثل هذه الدراسات تجعلنا نأخذ بعين الإعتبار

هذه المتغيرات التي تؤدي إلى إختلاف في النتائج العلاجية، وإن الصعوبة تكمن في محاولة التنبؤ أيّ من المرضىٰ يمكنه أن يستفيد من شكل العلاج. لقد أجرىٰ فرانك (Frank) عام (١٩٦٦) تجربة لهذا الغرض، وأشار إلىٰ النتيجة الفاشلة التي إنتهىٰ إليها، لقد أخذ فرانك عينة من الحالات تقدر بتسع حالات تعاني من مشكلة الإدمان علىٰ التدخين (Smoking)، وقام بعلاجها عن طريق الإشراط الإكراهي، وكانت الإجراءات تعريض المريض إلىٰ عملية تدخين مكثّفة وحتى يكره المريض كثرة التدخين (ويصبح هذا السلوك مزعجاً له) ويسمح له ذلك باستنشاق هواءً نقياً (كإستجابة بديلة)، وتبيّن من النتائج أن أربع حالات فقط إنقطعت عن التدخين نهائياً، وحالة واحدة أصبح التدخين لديها أقل، وحالة أخرىٰ تحوّلت إلىٰ تدخين الغليون (The Pipe)، وحالتين فشلتا في الإستجابة للعلاج، ومريض آخر كان من الصعب إقناعه بعملية العلاج، والنتائج لم تكن متشابهة، ولا مشجعة، وفي نفس الوقت لم يكن هناك دليل علىٰ وجود علاقة بين شخصية المريض وبين النتيجة العلاجية.

وهناك دراسة أخرىٰ قام بها ميس (Mees) (١٩٦٦) وذلك بهدف علاج حالة مريض كان يعاني من أعراض خيالية سادية، وكان هذا المريض يبلغ من العمر تسعة عشر عاماً، وقد لوحظت عليه هذه الأعراض بعد محاولة إغتصاب (Assaulting) لامرأة، وقد شخّصت حالته في تلك الوقت علىٰ أنها حالة فصام بارانويدي (Paranoid Schizophrenic)، وكان هناك أمل بسيط في العلاج،

ومن دراسة الحالة تبيّن أن هذا المريض منذ أن كان عمره (١٢) عاماً كان يفكّر وبشدّة بإخضاع إمرأة ما لديه، وإيذاء هذه الإمرأة، وكان في بعض الأحيان يرتدي ملابس النساء الداخلية، إن تصوراته هذه كانت تعزز وتغذّىٰ عن طريق المجلات والقصص البوليسية التي تدور حول المواقف المتوحشة والسادية (الميل أو التلذذ بتعذيب الآخرين)، وكانت هذه التصورات تنتهي بالإثارة للجنسية والعادة السريّة.

إن العلاج إعتمد علىٰ توجيه صدمة كهربائية للمريض كلّما أشار إلىٰ أنه بدأ يتخيّل هذه التخيّلات السابقة (الإغتصاب، إيذاء إمرأة، إرتداء الملابس الداخلية للنساء، الإثارة الجنسية، العادة السرية). وقد استمر العلاج مدة أربعة عشر (١٤) أسبوعاً، وحتىٰ أصبح المريض يعاني من جراء الصدمة الكهربائية نوع من الإرهاق والألم، وبعد مدة ثمانية أسابيع من العلاج أصبحت الخيالات تعاني من صعوبة كبيرة في إستدعائها، مع ميل لهذه الخيالات إلىٰ أن تقل تدريجياً ويحل محلّها نوع من الميول الجنسية الغيرية الصحيحة، وعلىٰ كل حال إن عملية التغيّر هذه كانت تدريجية وغير متوقعة (Abrupt)، وبعد ستة أشهر من انتهاء العلاج صرح المريض إلىٰ أنه شفي تماماً عدا بعض الخيالات التي تراوده من أجل إيذاء إمرأة، وقد شعر المريض بأنه أصبح راضياً عن علاقته الجنسية الغيرية مع إمرأة صديقة له، نستنتج من ذلك أن الإشراط النكريهي يمكن استخدامه في معالجة الحوادث أو السلوك العقلي الذي لا يلاحظ مباشرة من قبل المعالج، ولكن في ذلك نوع من المجازفة حيث أنه لا يوجد ما يضمن بأن هذه الحوادث الفكرية التي يتعرض إليها المريض صحيحة وواقعية، ثم إنه كيف يمكننا معرفة صدق النتيجة لولا أن هناك بعض المؤشرات مثل استيقاظ الشهوة الجنسية أثناء عملية التخيّل، إن خيالات المريض قبل العلاج كانت تتضمن أن يرتدي ملابس النساء وإيذائهن، لذلك يمكن القول بأن استخدام العقوبة في عملية العلاج وإيلام الذات يمكن أن تكون عملية مضادة لحالة المريض، كما يمكن القول بأن النجاح يكون في تحويل تصورات الإيذاء لدىٰ المريض إلىٰ المريض نفسه. والواقع أن النتائج حققت شيئاً من النجاح علىٰ الرغم من أنّ هذه النتائج لا تسمح لنا بالرضىٰ التام، ويمكن إعتبار أن هذه الطريقة العلاجية تصلح بالنسبة لحالات السلوك الغير متكيّف، وهي تفيد في علاج الكحولية، والجنسية المثلية، وباختصار إن هناك إتجاهان للدراسات حول العلاج التنفيري هما:

١ - دراسات حول الإشراط التنفيري تسعىٰ إلىٰ ضبط المتغيرات التجريبية بدقة مثل دراسة ماك كيولوش (Mc Culloch).

٢ ـ دراسات تميل إلىٰ إستغلال طريقة الإشراط التنفيري كطريقة مساعدة في علاج بعض مظاهر السلوك المرضي التي تفشل الطرق الأخرىٰ في معالجتها.

أخيراً إن النتائج كلّها تعتبر مشجعة بالرغم من تعدد المشكلات.

الفصل الثاني عشر
بعض مشكلات العلاج بالتنفير
(Some Problems Of Aversion Therapy)

الفصل الثاني عشر
بعض مشكلات العلاج بالتنفير

(Some Problems Of Aversion Therapy)

قام المجرّب بوضع كلب هجين داخل حزام خاص وتقييده جيداً، ثم وجّه للكلب صدمة كهربائية قوية ودون أن يتمكن الكلب من الفرار منها، وفي محاولة أخرىٰ قام المجـرّب بوضـع الكلب داخل صنـدوق مكوّن من حجرتين مفصولتين عن بعض بواسطة حـاجز وفي إحـدىٰ الحجرتين يتلقىٰ الحيوان صدمة كهربائية إلاّ إذا تمكّن من الهروب أو من تجنب الصدمة عن طريق قفزه للحاجز إلىٰ الحجرة الأخرىٰ، وقد لوحظ أن الحيوان في الحالة الأولىٰ (عندما لا يتمكن من الهروب من الصدمة) يستجيب إلىٰ الصدمات الأولىٰ عن طريق العواء، والهياج، مع علائم أخرىٰ من الضيق والإضطراب، ولكن هذه التصرفـات تتحوّل إلىٰ حـالة من القبـول والسلبية حيث يتـوقف الكلب عن الدوران وينتظر بهدوء إنتهاء النفضات الكهربائية الشديدة، أمّـا بالنسبة إلىٰ الحيوان في المحاولة الثانية فهو يتعرض إلىٰ الصدمة الكهربائية ولكن بالرغم من حزامه فإن بإمكانه أن يهرب من الصدمة، وقد لوحظ بأن الحيوان متىٰ وضع في الصندوق فإنه بعد فترة وجيزة يتعلم القفز عن الحاجز وتجنب الصدمة معاً، ويمكن القول بـأن السلوك بالنسبـة للكلب الأول هو سلوك فاشل في تحقيق الهرب وتجنب المثير المؤذي، أما الكلب الثاني فقد أظهر ردود فعل ملائمة، ويمكن إفتراض أن نمط السلوك الحيواني قد يعتمد علىٰ الخبرة السابقة وفيما إذا كانت هناك أم لم تكن فرصة لتجنب الموقف المؤذي، إن مثـل هذه التجـربة التي أجـراها سيلجمـان (Seligman) ومايـر

(Maier) عام (١٩٦٧) لها أهمية كبيرة حيث دلّت علىٰ أن المثيرات التكريهية ليست بالضرورة تؤدي إلىٰ سلوك مكيّف أو حسن، وأن الحيوان في مواجهة المثير التكريهي الشديد قد ينتهي إلىٰ نوع من القبول السلبي والإستسلام كما رأينا لدىٰ الكلب الأول، ويبدوا أن الحيوان إعتمد كثيراً (في إستجاباته السلبية أو في تجاوزه للحاجز وتجنب الصدمة) علىٰ خبرته السابقة وعلىٰ تدريبه السابق، لهذا يمكن القول بأن العلاج السلوكي يمكن أن يحقق نجاحاً حسب الخبرة السابقة التي أتيحت للفرد، كما يمكن أن يكون التاريخ السابق للمريض يشتمل علىٰ محاولات فاشلة في تحقيق أية فائدة من هذا النوع من العلاج، وذلك من جراء التعرّض المستمر لمثيرات العقوبة التي لا يمكن تحملها، وطبعاً لا يمكننا نفي القول بأن مثل هؤلاء الأفراد لهم تاريخ في تكرار التجارب المؤلمة والصدمات، بالإضافة إلىٰ تعرضهم إلىٰ مواقف لا يستطيعون إحتمالها. إن كون الفرد لا يستطيع النجاة من هذه الصدمات، يُظْهر لديه نوع من القبول (أو الإلفة) أو القدرة علىٰ التحمل، وعلىٰ سبيل المثال: إن الطفل الذي يعالج بسبب مشكلة منزلية مزمنة فإنه يعاني من الشدّة التي لا يمكن تجنبها، وكذلك الزوج الذي لا يستطيع ترك منزله وأسرته علىٰ الرغم من محاولات الزوجة المستمرة في إزعاجه وإيلامه.

وقد لاحظ العالم رشتر (Richter)(١٩٥٧) بأن الفئران المتوحشة عندما نوضع في حوض من الماء فإنها تعبّر عن عجزها وهي تغرق في الماء وكأن لا مجال للهروب من ذلك، وإذا تكررت التجربة بحيث يسمح للفئران أن تخرج من حوض الماء بطريقة ما، وكانت إمكانية الهروب متوفرة، فإنه يلاحظ بأن الفئران بدأت تجاهد بشدة وبحالة من القلق قبل أن تتعرض إلىٰ الغرق، والواقع أن هذه التجربة السابقة تشير إلىٰ نوع من القبول السلبي بسبب شروط قاسية مع محاولة من الضغط والإلحاح العضوي من أجل الخلاص، وهكذا فإن السلوك يتوافق مع الوضع.

وفي دراسة أخرىٰ قام بها سيلجمان (Seligman) ومير (Maier)، وجير (Geer)، إستهدفت معرفة كيف يصبح سلوك القبول السلبي (والإستسلام)

مزمناً (Chronical)، وقد لاحظ هؤلاء العلماء بأنه يمكن إيجاد سلوك سلبي مَرَضي (pathological)، ومزمن بعدة طرق تتطلب وضع ترتيبات معينة لموقف معيّن، وتشير هذه الدراسات إلىٰ أنه في الحالات الخفية (الغير مزمنة) يكون سلوك التجنب أو الهروب من الألم سهلاً ومتوفراً، أما في الحالات المزمنة فإن سلوك التجنب يكون صعباً، وإن عملية القسر والألم والإرغام أصلح للحصول علىٰ إستجابة تجنبيه يعتبر شرطاً للحالات المزمنة، وقد يقول البعض بأن هذا السلوك السلبي المرضي هو نتيجة لعملية تعلم مضمونها أنه مهما كانت الإستجابة التي يقوم بها الفرد فإنها لن تحقق نجاحاً أو تحد من أثر الصدمة.

إن ما أشرنا إليه يمثل قلة من التجارب الكثيرة التي بيّنت بأن العقوبة لا تؤدي بصورة آلية إلىٰ خفض في الإضطرابات التي يعاني منها الفرد وحتىٰ لو تكررت هذه العقوبة، وهذا مؤشر علىٰ وجود مشكلات علاجية معقدة، وقد يقول البعض بأن تقديم مثير مؤلم أو تعريض المريض إلىٰ بعض الحوادث أثناء عملية الإشراط يعتبر عاملاً صعباً في الوصول إلىٰ نتائج مرضية، ويجيب العالم آيزنك (Eysenck) ـ الذي يعمل في قسم الطب النفسي في جامعة لندن ـ بأن ذلك صحيح في حالة إستخدام المثيرات التكريهية الكيمائية (كالعقاقير)، وحيث أنَّ فعل النفور أو الألم والكراهية لا يمكن ضبطه أوالتحكم فيه كما في حالة الصدمة الكهربائية (حيث يمكن ضبط شدتها وإيقافها متىٰ أراد المجرّب)، والعالم رشمان (Rachman) يعتبر أن إستخدام الصدمة الكهربائية أكبر فائدة من المثير الكيمائي حيث يمكن ضبط الصدمة الكهربائية من بدايتها إلىٰ نهايتها، وضبط شدّتها، بينما لا يمكننا ذلك في حالة المثير الكيمائي، كما أن العقاقير التي تستخدم بالنسبة لبعض الحالات وإلىٰ فترات طويلة الأمد فإنها قد تسبب نوع من المخاطر أو المضاعفات التي لا نجدها في الصدمة الكهربائية، وحتىٰ لو كانت العقاقير لا تؤدي إلىٰ إيذاء الفرد إلاّ أنها إذا استخدمت (مرات) فإنها قد تؤدي إلىٰ تأثير معاكس من حيث قدرة الفرد علىٰ الإكتساب أو التعلم.

وهناك مشكلة أخرىٰ تدور حول هـذا الشكل من العـلاج، وهي أن إدراك المـريض أو تقييمـه للمثيـر التكـريهي يمكن أن يختلف عن التقييم العـادي الموضـوعي، أو عن تقييم المعالـج، مثـلاً إن التعـزيـز الإيجـابي (المكافآت) قد يعتبرها أو يقيّمها المجرّب علىٰ أنها مكافأة يترتب عليها نتيجة معينة، بينما قد لا تقيّم ذلك لدىٰ المريض، أي أن المكافأة ينظر إليها من وجهة نظر المعالج أو المجرّب فقط، ونفس الشيء بالنسبة للعقوبة، وعلىٰ سبيل المثال ما هو رد فعل مريض ماسوشي (يتـلذذ بتعذيب نفسه) بالنسبة إلىٰ صدمة كهربائية؟.

لقد ذكر بافلوف في تجاربه عن الكلب الذي كان يجرّب عليه أنه شعر بالسرور عندما هزَّ الكلب ذيله (تجارب العصاب التجريبي لدىٰ الكلاب)، ويمكن قول نفس الشيء عندما نوجّه للكلب مثيراً مؤلماً. ومن الواضح أن مثل هذه المشكلات تتطلب فحصاً دقيقاً لمثل هذه الظروف التي يمكن من خـلالها أن تؤدي فيهـا العقوبـة إلىٰ نتائـج مختلفة، ويـرىٰ العالم تشـرش (Church) (١٩٦٣) إلىٰ أن مصطلح عقوبة (Punishment) يمكن أن يستخدم مع عدة إجراءات مختلفة ومحتملة، لهذا فإن اختلاف نتائج التجارب يمكن أن يتقرر عن طريق معرفة أي إجراء من هٰذه الإجراءات العقابية قد استخدم، وقد لفت تشرش إنتباهنا إلىٰ حقيقـة إختلاف النـظريات النفسيـة حول أثـر العقاب وأنه يمكن لهذه النظريات أن تفيدنا في هذا المجال، كما أن تطبيق هـذه النظريـات يعتمد علىٰ الـظروف المختلفة والتي يمكن أن تتحقق في العمل التجريبي.

إن عملية إقتران الفعل بالعقوبة ضرورية، وعلىٰ أن تكون العقوبة في أقصىٰ درجاتها المناسبة، وأن تحدث بعد الفعل مباشرة، والدراسات إنتهت إلىٰ أن هناك ثلاثة أشكال مختلفة من الإقتران أو التماس (Contingent) وعدم الإقتران (بين الفعل والعقوبة) هي:

١ - الشكل الذي يؤدي إلىٰ حالةِ من القمع (supperssion) الشديدة لفاعلية العقاب. (كما في الإجراء السابق حيث يألف الفرد تحمل العقاب).

٢ ـ يمكن أن تكون العقوبة أقل تأثيراً بالنسبة إلىٰ إستجابات أخرىٰ، أي يكون التأثير محدوداً بالنسبة لفاعلية العقاب نفسها.

٣ ـ إن السلوك المتعلم عن طريق قرن الفعل بالعقوبة يعتبر أكثر سرعة إلىٰ الإنطفاء (extinction)، ويمكن الإستفادة من ذلك كوسيلة لقياس مدىٰ تأثير العقوبة علىٰ الفرد.

كذلك أشار تشرش (Church) إلىٰ أن العقوبة الشديدة قد يكون لها تأثير شديد في الجانب العام من السلوك، وهناك بعض الأدلة التي تبيّن بأن العقوبة الشديدة تميل أكثر نحو إفساد نظام الإستجابة بالإضافة إلىٰ قمع هذه الإستجابة.

وعلىٰ سبيل المثال وجد بيتش (Beech) (١٩٦٠) أن الصدمة الكهربائية الشديدة التي وجّهت إلىٰ مريض يعاني من تشنّج في الكتابة أدت إلىٰ تفاقم إستجابات غير مرغوبة بالإضافة إلىٰ كف الإستجابة (المعنية) (Exacerbation of undesirable responses rather than their inhibition).

وهناك كثيرون يقررون بأنه إذا كانت الصدمة ستمنع رد الفعل المرغوب فيه فإن الفعالية سوف تضعف وترفض كلية (Negated)، من ناحية أخرىٰ إذا اقترنت الصدمة مع إستجابة ما حسنة (أو مريحة للفرد) فإن هذا الشكل من العقوبة سيضعف أثره (كما في الإقتران بين الصدمة والممارسة الجنسية الشاذة المستحبة للفرد)، وأكّد تشرش أيضاً علىٰ أنَّ الخبرة السابقة للعقاب يمكن أن تؤدي إلىٰ حالة من التكيّف فيما بعد وخاصة في مواجهة المثير التكريهي الذي يتأثر بعملية القمع (أي أنَّ الخبرة السابقة تساهم في قمع أثر المثير التكريهي)، وهناك رأي يقول بأنه ليس فقط المثير المؤذي الخفيف السابق هو الذي يؤدي إلىٰ خفض الحساسية تجاه المثير العقابي التالي والشديد، وإنما يمكن في بعض الحالات لنفس المثير المؤلم الخفيف أن يساعد علىٰ زيادة شدة المثير العقابي.

هذه النتيجة السابقة جعلت مورر (Mowrer) يفترض بأن الحيوان أو

الإنسان إذا تعلّم أداء فاعلية ما كوسيلة لتجنب القلق، فإن العقوبة التي تؤدي إلىٰ رفع مستوىٰ القلق مرة أخرىٰ، ستؤدي إلىٰ حدوث الإستجابة التجنبية مرة أخرىٰ، من ناحية أخرىٰ فإن الدرجة العالية من القلق ستؤدي إلىٰ حدوث درجة عالية من الإستجابات التي حدثت في المـرّة الأولىٰ والتي استهدفت تجنب القلق، ـ وهذا ما يضعف القيمة العلاجية للعلاج التكريهي ـ ولكن هل معنىٰ ذلك أن نتنازل عن عملية الإشراط التنفيـري؟ وبصورة خـاصة حيث يكـون التنازل عن هـذه العملية في حـالات يشك فيهـا بأن العَـرَض (the symptom) هو سلوك تجنّبي (أي أن الفرد ستكون إستجابته للعقوبة إستجابة تجنبية)، إن حدوث صدمة كهربائية ستؤدي إلىٰ زيادة القلق وهذا بدوره يؤدي إلىٰ تكرار الإستجابـة التجنبية السـابقة (المتعلمـة)، إن التجارب في هـذا المجال غير حاسمة (equivocal)، كما أنه من الواضح أنَّ مصطلح العقاب (punishment) هو مصطلح يستخدم من أجل وصف مبدأ أساسي لإجراءات مختلفة، وهذه الإجراءات تؤدي إلىٰ نتائج مختلفة، لذلك علىٰ المجرّب أن يختار الطريقة التي يتوقع أنها تؤدي إلىٰ نتيجة معينة.

لقد قدم كل من سولومون (Solomon)، وبرش (Brush) عام (١٩٥٦) بعض الإقتـراحـات حـول ذلـك، والتي إعتمـد عليهـا كـل من فيلدمـان، (Feldman) وماك كيولوش (McCulloch) في دراساتهم حول حالات الجنسية المثلية، حيث تبيّن لسولومون أنّه من أصل ستة طرق للتعلم فإن هناك طريقة واحدة يبدو أنها أدت إلىٰ نتائج أفضل، وهذه الطريقـة هي طريقـة التعلم التجنبي المتـوقع (the anticipatory avoidance learning) والتي أشـرنـا إليهـا سابقاً، حيث أن هذه الطريقة تؤدي إلىٰ تعلم كافٍ، ومقاومة شديدة ضـد الإنطفاء (Extinction)، وهـاتين الصفتين مرغـوب فيهما لأنهمـا تؤديان إلىٰ الوصول وبسرعة إلىٰ إستجابة تكريهية، وهذا ما يساعدنا علىٰ التجنب أي فقدان لأي سلوك مكتسب وجديد.

أمّا بالنسبة لحالات الإنتكاس والتي عولجت بالإشراط التكريهي فإن (فيلدمان) (وماك كيولوش) أرادا أن يتفحصا الشروط التجريبية (العوامل) التي

من شأنها أن تؤثر علىٰ النتيجة، وتمكنا من إيجاد تسعة متغيرات إعتبراها أساسية من أجل ضبط عملية مقاومة الإنطفاء، من هذه المتغيرات علىٰ سبيل المثال:

أولاً : المباعدة بين المحاولات بحيث يتفادىٰ المجرّب أثر الكف (Inhibition) الناتج عن الإجهاد والتعب الذي قد يصيب المريض، بمعنىٰ آخر إجراء محاولات حسب فترات متباعدة (تدريب موزع أو فاصلي)، مما يساعد علىٰ مقاومة إنطفاء الإستجابات.

ثانياً : التأكيد علىٰ تقديم مستوىٰ مقبول ومعقول من الصدمة، وبحيث تؤدي إلىٰ تعلم فعّال ودون قذف المريض بصدمات كهربائية عالية الشدّة، ويمكن القول بأن الإختلاف في مستوىٰ الصدمة (التغيّر)، واستخدام مستوىٰ من الصدمة مرتفع وفوري بالإضافة إلىٰ الزيادة التدريجية في مستوىٰ الصدمة هام جداً حيث أن الحالة الأولىٰ تكون مقاومة للإنطفاء، أما الحالة الثانية (الزيادة التدريجية في الصدمة) فأثرها غير واضح كليّة.

وأخيراً فإن هناك ملاحظة حول تغيير شروط المثيرات أثناء عملية التدريب قد يؤدي إلىٰ نوع من التشابه أو التوازن مع شروط الحياة الواقعية التي تتصف بالتغير (فالمنحرف جنسياً أو المدمن بإمكانه أن لا يتأثر بالصعوبات التي يواجهها بالموقف التجريبي طالما أن مثل هذه الصعوبات قد توجد في الحياة الطبيعية). وحيث أن التجارب أشارت إلىٰ أهمية هذه العلاقة ومقاومة الإنطفاء بسبب تعلم جديد.

ولوحظ في بعض الدراسات بأن إستخدام وسيلة العقاب لوحدها تؤدي إلىٰ تأثير مؤقت، وإن أزالة العقوبة يؤدي إلىٰ إستعادة السلوك الغير مرغوب فيه، والسؤال الذي يطرح الآن: هل العقوبة لوحدها قادرة علىٰ أن تعدّل السلوك (الغير سوي)؟، أم أن استخدام العقوبة بالإضافة إلىٰ إجراء ما هو

الذي يؤدي إلى إزالة السلوك السيء، وإلىٰ تسريع عملية التعلم، ومقاومة إنطفاء التعلم الجديد؟ قد يبدو بأن العقاب مفيد لوحده كوسيلة قمع مؤقتة لسلوك ما، وذلك من أجل أن يحل مكان هذا السلوك سلوك آخر (سوي)، ولكن من الواضح أن أثر ذلك قد يكون محدوداً.

إن العالم كلي (Klee) (١٩٤٤) قد وجد بأن الفأر يمكن أن يختار الموت جوعاً عن أن يحاول حل بعض المشكلات التي لا يمكن معرفة فيما إذا كانت ستؤدي إلىٰ ثواب أو إلىٰ عقاب، كما أن العالم تشرش وجد بأن العقوبة قد تؤدي إلىٰ آثار سيئة الحظ، وكذلك فإن سيرز (Sears)، وماكوبي (Maccoby)، ولوين (Lewin)، عام (١٩٥٧) وجدوا بأن الآباء الذين يستخدمون العقوبة مع أطفالهم فإنهم يواجهون لدىٰ أطفالهم الكثير من المشكلات السلوكية مثل العدوان (Aggression)، ومن الطبيعي أن عدوانية الطفل قد يلحق بها سلسلة من العقوبات، لهذا يمكن القول بأن مشكلة الأطفال هي نتيجة لمشكلة الآباء، هذا علاوة علىٰ أن بعض المعالجين انتهوا إلىٰ أن التدريب التنفيري (Aversive training) يؤدي إلىٰ تطور المواقف العدائية لدىٰ المريض. ويضيف باندورا (Bandura) (١٩٦٣) وزملاؤه إلىٰ أن هناك دلائل مقبولة تجعلنا نحذر من عدم التمييز بين الطرق العلاجية وإجراءات العقوبة حيث أن ذلك يؤدي إلىٰ النشاط العدائي في سلوك الأطفال.

وفي دراسة قام بها ماك جور (Mc Guire) (١٩٦٥) حول الإنحرافات الجنسية أشار إلىٰ أن فكرة الإنحراف الجنسي عبارة عن سلوك متعلّم، أو يمكن أن يكون ذلك، وهذا ما يشير إلىٰ أن هذه الفكرة (أو هذا الإنحراف) بعيدة عن أن تكون جديدة أو لا يكمن خلفها أية خبرة، وهذا ما يؤكد علىٰ أهمية التجربة الأولىٰ لنمط السلوك الجنسي، وبحيث تجعل هذه التجربة السلوك الجنسي يتكرر والتجربة تتجدد[1]، ويرىٰ العالم (جاسبرز) (Jaspers)

(١) إن وجهة النظر هذه تذكرنا في مجال التعلم بمبدأ الأولوية الذي يشير إلىٰ أن الآثار الأولى المترتبة عن موقف معين أقوىٰ في فاعليتها من الآثار التالية، ومعنىٰ ذلك أن

(١٩٦٣) بأنه بينما التجربة الجنسية الأولى تكون عامّة (غير منظمّة)، وعَرَضية، وقلائل هم الذين يسعَوْن وراء تطوير هذا الإنحراف عن طريق تعلم أمور جديدة، إلاّ أنه يمكن إعتبار أن عملية تعلم إنحراف جنسي يجب أن تشتمل علىٰ أي شيء علاوة عمّا هو في التجربة الأولىٰ (أي الخبرات التالية التي ساهمت في تطوير وتعديل الإنحراف).

لقد لاحظ ماك جور (Mc Guire)، وطلابه وبعد عملية تدقيق لتاريخ حالات الإنحراف الجنسي بأن عملية التعلم (وثبات العادة) قد حدثت بعد التجربة الأولىٰ، والتجربة الأولىٰ كانت هي التعرض للإنحراف جنسي، وبعد ذلك ساهمت هذه التجربة الأولىٰ في تطوير السلوك المنحرف، وعلىٰ سبيل المثال:

التخيّلات التي أصبحت توافق العادة السريّة، (أي عملية القيام بالعادة السريّة بحضور التصورات)، ويمكن أن يقال لماذا التصورات التي تصاحب الجنسية الغيرية (مع الجنس الآخر) لا تقترن بفعاليات العادة السريّة؟ ويمكن الإجابة بأن المثير لهذه التصورات موجود، وجاهر، وواقعي وهو الجنس الآخر، ويقول (ماك جور) أن سبب ذلك هو كون التجربة الأولىٰ واقعية مع الجنس الآخر، وهذا يختلف عمّا هو مغاير للحقيقة كما في القصص، والألعاب حيث الخيالات والتصورات تعزز وتنمي تصورات العادة السريّة، وقد وجد (ماك جور) أن جميع الحالات السبع التي أشرف علىٰ علاجها قررت أن الإنحراف في التجربة الأولىٰ كان له أثر كبير في الإنحرافات الجنسية.

من ناحية أخرىٰ يمكن القول بأن بعض التجارب السابقة المقترنة بالألم، والكراهية ومشاعر الضيق والكراهية، وببعض المشاعر الإجتماعية

الآثار الأولىٰ في موقف معين والتي تدل علىٰ وجود إستجابة تحل المشكلة أو تؤدي إلىٰ خفض الدافع وإشباع الحاجة، تنمّي عادة مرغوب فيها ومفضلة عن غيرها وذلك بسبب ما تزود الفرد من خبرات، تتكرر إذا تكرر الموقف أو ما يشبه هذا الموقف.

السيئة أو الأمراض العضوية. . . يمكنها أن تعزز (أو تدعّم) السلوك المنحرف، وهذا ما يقود المريض إلىٰ الشعور بأن الحياة الجنسية الطبيعية ليست ممكنة بالنسبة إليه، وهذا ما يرغمه علىٰ العودة إلىٰ سلوكه المنحرف الذي يستمد منه رضاه ولذّته، ولا شك بأن التجربة الأولىٰ لا تبقىٰ علىٰ حالها بل تخضع إلىٰ العديد من التغيرات، ويمكن لإشارات معينة في خيالات الفرد ولسبب أو لآخر أن تصبح بارزة وتؤدي إلىٰ القيام بالموقف الجنسي المريح والقيام بعادة العادة السريّة.

والواقع أن العلماء الذين يهتمون بمثل هذه الإفتراضات (ولأسباب أخلاقية) لا يستطيعون أن يفحصوا مباشرة هذه الفروض عن طريق وضع الفرد العادي في عملية إنحراف جنسي ما، إنّ رشمان (Rachman) عام (١٩٦٦) لم يهتم بهذه الإفتراضات وذلك عندما أجرىٰ دراسته حول الإنحراف الجنسي المسّمىٰ بالفيتشزم (Fetishism)، وأراد أن يعرف فيما إذا كانت الشهوة الجنسية تثار من خلال عملية الإشراط، وكإستجابة لمثير حيادي، وقد أجاب رشمان عن ذلك بالإيجاب، لقد كانت عينة الدراسة مكونة من ثلاثة من الذكور الغير متزوجين، أخضعوا لتجربة، ولدواعي أخلاقية شرح لهم الهدف من التجربة، وكانت الإستجابة المشروطة هي الإثارة الجنسية التي تظهر من خلال التغيّرات التي تحصل في حجم القضيب (عملية الإنتصاب)، وهذه التغيرات تقاس بجهاز خاص يسمىٰ (plethysmograph)، وحيث تترجم هذه التغيرات علىٰ شكل ذبذبات تسجل بصورة كهربائية، أما المثير الإشراطي (الغير طبيعي) فهو حذاء طويل للركبة (Knee - Length boots)، يعرض علىٰ الفرد في التجربة من خلال شريحة لصورة فوتوغرافية تتضمن زوج أسود لحذاء طويل إلىٰ الركبة. وتدوم الصورة لفترة خمسة عشر ثانية (١٥) ثانية، يلي ذلك عرض مشاهد متتالية لمدة ثانية بالنسبة لكل مشهد، وهذه المشاهد هي لفتاة عارية، وهذه المشاهد (أو المثيرات التالية) تعرض لمدة (٣٠) ثانية، وكانت الإجراءات تتكرر حتى حدوث الإستجابة الإشراطية بالنسبة إلىٰ المثير الحذاء فقط. أي أنّ:

رؤية الفتاة العارية ← يؤدي إلىٰ إثارة جنسية
رؤية الحذاء الأسود يليه رؤية الفتاة العارية← يؤدي إلىٰ حدوث الإثارة الجنسية
ومع التكرار وعملية الإشراط يصبح رؤية الحذاء فقط وكمؤشر علىٰ قدوم المشهد العاري للفتاة يؤدي لوحده إلىٰ الإثارة الجنسية.

ويمكن معرفة إمكانية حدوث الإستجابة بالنسبة لمثيرات أخرىٰ مشابهة مثل حذاء آخر ذو لو بنّي وقصير (footwear)، أو حذاء ذو كعب عالٍ، أو ذو كعب منخفض وذو لون أسود ويشبه الصندل، . . . (تعميم المثير).

وباختصار فإن التجربة السابقة إستهدفت معرفة إمكانية إشراط الإثارة الجنسية إلىٰ مثيرات حيادية، ومن ثمة تقرير فيما إذا كان نفس الإرتباط يحدث أم لا، وهل هناك نوع من التعميم (Generalization) بالنسية إلىٰ مثيرات كانت حيادية سابقاً (Neutral)، وأشارت النتائج إلىٰ أنّ الإستجابة الإشراطية للحذاء الأسود الطويل (الزيادة في حجم القضيب) قد وصلت أقصاها بعد عدد من المحاولات تراوح بين (٢٤ ـ ٦٥) محاولة ـ وإن جميع أفراد العينة قد أبدوا نوعاً من التعميم ولكن بالنسبة للحذاء الأسود، وكان بالإمكان عن طريق إجراء محاولات إضافية. الوصول إلىٰ درجة أكبر من التعميم

وكانت إحدىٰ السمات البارزة في هذه الدراسة هي التي تتعلق بنتائج المحاولات التي استهدفت كف تلك الإستجابة الجنسية المكتسبة الجديدة (الإثارة الجنسية عن طريق رؤية الحذاء) وذلك عن طريق تكرار حدوث المثير (الحذاء) دون أن يصاحب ذلك المثير الجنسي الأصلي (صورة الفتاة العارية)، وقد تبيّن أن هذه العملية تؤدي إلىٰ نوع من الضعف التدريجي في الإستجابة بالمقارنة بالإستجابة السابقة، ولوحظ بأن الإثارة الجنسية الإشراطية تزول بعد (١٠ ـ ٣٩) محاولة، وقد أبدت الإستجابة المنطفئة ميلاً نحو الإستعادة (الإستعادة التلقائية للإستجابة)، وذلك عندما أعيد تعزيز هذه

الإستجابة بعد أيام قلائل، وكان ذلك عن طريق إعادة تقديم الحذاء الأسود الطويل.

وفي مناسبة أخرىٰ أمكن الوصول إلىٰ حالة من الإنطفاء عن طريق الإسترخاء أو الراحة (ease) لمدة طويلة، وكانت هذه الراحة تقع أثناء العرض القصير بالنسبة للحذاء لوحده، وبين هذا العرض وتقديم المثير الأصلي - (أي زيادة الفاصل الزمني بين المثير الحيادي والمثير الأصلي وهذا ما يحدث إضطراباً في مبدأ الإقتران الزمني الذي أشار إليه إيفان بافلوف في تجاربه حول الإشراط الكلاسيكي) - وهذا ما أدىٰ إلىٰ انطفاء فاعلية المثير الأصلي، وكذلك ضعف فاعلية المثير الحيادي وزوال الإثارة التي كان يؤدي إليها موضوع الفتشزم، وقد إضطرّ المجرّب أن يكرر عملية الإطفاء هذه بالنسبة لأحد المرضىٰ الذي أبدوا مقاومة في إزالة الإستجابة الإشراطية.

إذن إن الإجابة علىٰ سؤال يتعلق بفكرة فيما إذا كان إنحراف الفيتشزم الجنسي يمكن أن يكتسب عن طريق الإشراط قد استوضحت في هذه الدراسة، وكذلك فإن معرفة فيما إذا كانت جميع أشكال الفيتشزم، أو أي إنحراف جنسي آخر ينشأ في نفس الطريقة أم لا! فإنه ما زال هناك شيء من الشك في ذلك. وقد كان واضحاً أن الإستجابة الغير معززة تميل إلىٰ الإنطفاء، ولكن الإستعادة التلقائية (Spontaneous Recovery) للإستجابة قد تلي ذلك، وبهذا قد تعود العادة السيئة، إلّا أن رشمان قد بيّن من خلال تجاربه أنَّ الظاهرة الإشراطية للعلاج التكريهي (وجود عقوبة) تكون بمثابة معزز (booster) للعملية العلاجية، وكإجراء جيد يعوّض عن (offset) إمكانية حدوث الإستعادة التلقائية للإستجابة الأصلية، أو للعادة المحبطة، وقد أيّد رشمان ذلك.

إن افتراض السلوك الواجب أن يتعلمه المريض (هو سلوك جنسي غيري) قبل المحاولات التي يمكن للمعالج القيام بها بواسطة عملية عدم تعلم المريض للسلوك المرضي (سلوك جنسي مثلي مثلاً)، هو ليس إفتراض أساسي من أجل استخدام طريقة العلاج بالنفور، كما أن السلوك الغير

متكيّف (Maladaptive) الذي يمكن أن يكتسب عن طريق وسائط أخرىٰ علاوة عن عملية التعلم (مثلاً عن طريق حدوث رض عضوي في الدماغ) (by physical trauma of brain)، يمكن في هذه الحالات أن يسهّل أو يعوق إجراء هذا الشكل من العلاج ويكون مسئولاً عن ذلك، (وكما ذكرنا إن العلاج التنفيري يصلح في حالات ترجع إلىٰ عملية تعلم واكتساب عادة غير صحيحة وليس إلىٰ إصابة عضوية أو دماغية. . .)

ومن الواضح أنَّ مدىٰ الفائدة المستمدة من هذه الحالات (الرضيّة) سيكون محدوداً، وأحد هذه المحددات الهامة هو مدىٰ إمكانية استبدال إستجابة متكيّفة باستجابة شاذّة، علىٰ سبيل المثال: إن الإفتراض الذي عادة ما يفترضه المعالج السلوكي في طريقة علاجه للإنحرافات الجنسية بواسطة العلاج بالكراهية، أو بالتنفير هو أنَّ الإستجابات البديلة أي (السلوك الجنسي الغيري المتكيّف) (Adaptive heterosexual behaviour) يجب أن تكون علىٰ وشك الظهور بشكل فعّال، حيث أن إزالة السلوك الجنسي المنحرف سيؤدي إلىٰ ظهور سلوك جنسي سوي (مع الجنس الآخر، ولكن بعض الحالات من هذا الشكل من الإضطراب قد تعوق تحقيق هذا الغرض.

ومع ذلك فإن علىٰ المعالج أن يقيّم تطبيقاته لهذه الطريقة من العلاج وذلك إلىٰ الحدود المعقولة، وعلىٰ الأقل إلىٰ الحدود التي تمَّ فيها تقييم طريقة العلاج بالنفور (من قبل الباحثين)، ويمكننا في هذا الصدد الأخذ بعين الإعتبار ثلاثة إعتبارات مستمدة من الطرح المادي لهذه الطريقة في هذا الفصل والفصل السابق.

١ - إن أول هذه الإعتبارات تتعلق بالبراهين المتعلقة بفعالية العلاج الإكراهي والتي تؤكد علىٰ أن هذه الطريقة في العلاج لم تحقق النجاح بشكل كلّي، كما أنها لم ترينا بأنها غير ناجحة بشكل تام، إن هذه الطريقة تفيد في الوقت الذي لا يمكن لطرائق العلاج الأخرىٰ أن تفعل ذلك.

٢ - هناك سبب واضح للإعتقاد بأن إخفاق عملية الإشراط التنفيري ناتجة

عن إساءة الفهم المتعلق بالمبادىء الهامة، أو بالقـدرة علىٰ التوظيف النسبي للإجراءات التي تكون غير مصقولة

إن الطريقة التي استخدمها فيلدمان (Feldman)، وماك كيولوش (Mc Culloch) تشير إلىٰ درجة الدقة والموضوعية الواجب عملها.

٣ - إن التدريب علىٰ عملية العلاج التنفيري، وتـطبيقاتـه، من أجل فهم الأسباب المرضية، ونموّها، وانتقال الأعراض، يمكن أن تخضع إلىٰ إختيار تجريبي، كما يمكن معرفة النتائج في هذا المجال.

بالإضافة إلىٰ ما سبق ذكره فإن هناك بعض الإعتبارات المتعلقة بنقاط الضعف لهذا الإتجاه من العلاج. كما أن هناك عدة نظريات مختلفة ترتبط بعملية التدريب التنفيري، وهذا ما يجعلنا نقع تحت طائلة الشك من حيث استخدام هذه الطرائق، وخاصة إننا لا نفهم بشكل جيد كيف تعمل العقوبة (punishment) التي يستخدمها المعالج (الصدمة الكهربائية، أو تناول عقـار مؤلم...) علىٰ التحكّم بالسلوك، وهل تعتبر هذه الطريقة (العقوبة) أكثـر الطرق فعالية؟

مرّة أخرىٰ إن الدلائل تشير إلىٰ وجود عدة مشكلات ومتناقضات فيما يتعلق باستخدام العقوبة، وبحدود العمل العقابي المسموح به والذي يؤدي إلىٰ نتائج فعالة وزيادة في الثقة، ويساعد علىٰ التنبؤ بالنتائج المستمدة من تطبيق العقوبة، وبدقة، كما أن ذلك يحدد لنـا مستوىٰ الحـذر المطلوب. والسؤال الذي يطرح في هذا المجال هو: هل بالإمكان استخـدام طريقـة العقاب بشكل بسيط وكافٍ من أجل الوصول إلىٰ سلوك مقبول إجتماعيـاً، ومتكيّف، وخاصة في الحالات التي يكون من الواضح فيهـا بأن المـوقف (العلاجي) معقد لأبعد الحدود؟ (Extremely Complex).

الفصل الثالث عشر

الاشراط الاجرائي بواسطة الحوافز الايجابية

(Operant Conditioning With Positive Incentives)

الفصل الثالث عشر
إشراط الاجرائي بواسطة الحوافز الايجابية
(Operant Conditioning With Positive Incentives)

في مريض ذهاني (عقلي) يجلس بصمت وبدون حراك، وكأنه ينتظر شيئاً ما، والواقع أن المريض هو على حاله هذا منذ ما يقرب من عشرين عاماً، وهو مقيم في المستشفى، لا تظهر عليه الحركة، أو بوادر الإستجابه إلى الأسئلة التي توجّه إليه، أو تجاه الأشخاص الآخرين الذين يتحدثون إليه، إنه يجلس بشكل متصلب، لا تبدو عليه بوادر العاطفة أو الحيوية... وقد حاول الباحث أن يخرج بعض السكاير من جيبه، مما أدى (صدفة) إلى سقوط علبة من اللبان (العلكة) على الأرض، وعند ذلك تحركت عينا المريض حيث سقطت علبة اللبان، ثم عاد إلى موضعه السابق متجهاً نحو الأمام مع عدم الحركة لحد ما.

قام الباحث بترتيب بعض الإجراءات تتضمن رؤية المريض ثلاث مرات كل أسبوع، وتهدف إلى تأكيد الإنتباه على إستجابة الصمت لدى المريض، وخلال الأسبوعين الأولين تمّ تعليق لاصقة للبان أمام وجه المريض، بانتظار أن تظهر عليه حركة العينين نحو هذه اللاصقة، وعندما يقوم المريض بهذه الحركة فإن قطعة من اللبان تعطى للمريض (كمعزز)، وفي نهاية الأسبوع الثاني كانت عينا المريض تتحرك وفي الحال نحو قطعة اللبان وفي اللحظة التي توضع فيها.

وفي الأسبوعين التاليين طلب المعالج إستجابات أكثر من المريض

وذلك قبل أن تقدم إليه قطعة اللبان (تشكيل السلوك)، وقد كان المعالج قد لاحظ عند نهاية الجلسة الأولىٰ حركة تلقائية للشفاه لدىٰ المـريض، وكان علىٰ المريض أن يقوم بهذه الحركة إذا أراد تناول قطعة اللبان وفي الحال.

وفي نهاية الأسبوع الثالث كـان الوصـول لقطعـة الحلوىٰ يتطلب من المريض أن يقوم بحركة الشفاه، وحركة العينين معاً، وهنا قام الباحث بوضع هـدف جـديـد لتجـربتـه هـو جعـل المـريض يقـوم بـأداء بعض الألفــاظ (Vocalization)، وفي نهاية الأسبوع الرابع أصبح المـريض ليس قادراً فقط علىٰ حـركـة الشفـاه بـل التلفّظ بصـوت يشبـه نقيق الضفــادع Croaking) (Vocalization، وخلال الأسبوع الواحد كانت تتم حوالي (٥ ـ ٦) محاولات تهدف إلىٰ جعل المريض يقوم ببعض الألفاظ، كان من بينها لفظ كلمة لبان (gam)، وفي نهاية الأسبوع السادس أصبح المريض يتلفّظ وبشكل مفاجىء كلمة (لبان)، كما يتلفّظ عبارة (لبان من فضلك)، وظهر علىٰ المريض شيء من الإرادة نحو الإستجابة لأسئلة أخرىٰ من النوع البسيط، وبعد مدّة وجيزة بدا علىٰ المريض أنه اكتسب الرغبة في أن يسأل بشكل تلقائي حول بعض الموضوعات مثل سؤال أحد الأفراد من أجـل أن يلعب تنس الطاولـة معه باستخدام لفظ بنج بونج (ping pong)، وبهذا الشكل تحقق لدىٰ المريض درجة من السلوك اللفظي بالمقارنة بحالة الصمت السابقة، إن هذه الحالة السـابقة أقتبست من دراسـة إيزاك (Isaacs) وآخـرون عـام (١٩٦٠)، وهي توضح إستخـدام طريقـة الإشراط الإجـرائي وتشكيل السلوك اللفـظي لدىٰ المريض، وفي هذه الطريقة يتم ترتيب السلوك المطلوب بشكل مرتب ومنظم وعلىٰ شكل تتابعات (Consequences)[1] ، ونلاحظ في المثال السابق دور التعزيز الإيجابي أو المكافأة التي يتوقعها (positive Reinforcement) أو المكافأة التي يتوقعها المريض

(١) يمكن الإشارة هنا إلىٰ أن حالة الصمت لدىٰ المريض تشير إلىٰ وجود إضطراب حاد لديه، وإن هذه الحالة قد تؤخر أو تعوق هذه الإجراءات التتابعية، كما أن بعض المشكلات يمكن أن تبقىٰ أو تدوم وخاصة المشكـلات التي تتعلق بالإضـطرابات الذهانية. المترجم.

من جراء قيامه بالسلوك المطلوب (إن قيام الفرد بالسلوك المطلوب يؤدي إلىٰ المكافأة)، مثل (إدارة العين، حركة الشفاه، التلّفظ. . .) وهكذا أمكن بناء أو تشكيل سلوك أكثر تعقيداً، وذلك بالإعتماد علىٰ البدايات البسيطة. وهنا سيكون من الواضح للقارىء أن مفهوم التعلم له في هذا الصدد دلالة خاصة بالنسبة للسلوك الذي يستجر (Elicited) عن طريق ميل الكائن إلىٰ تكرار الإستجابة، وهنا لا يهم كثيراً البحث عن كيفية حدوث الإستجابة ذاتها، وإنما ما يهم الباحث هو كيف يتم تبديل أو تعديل الإستجابة إلىٰ السلوك المطلوب حدوثه، وبمعنىٰ آخر إن الهدف هو ليس تعليم المريض كيف يتكلم، أو يتلفّظ، (إننا نفترض أن لديه القدرة علىٰ ذلك) ولكن من أجل ترتيب أحداث الكلام بشكل متكرر وثابت تحت شروط محددة.

إن إجراءات التعلم تعتمد علىٰ إصدار أعمال، أو إجراءات لم يجبر عليها الفرد من قبل المجرّب (سكنر ١٩٣٥)، وإنما تتم هذه الأعمال برغبة وميل من قبل الكائن، وهذا ما يميّز الإشراط الإجرائي عن الإشراط الكلاسيكي لدىٰ بافلوف حيث أن بروز براثن الكلب (في تجارب بافلوف) كان يحدث بشكل متعمّد من قبل المجرّب (وبسبب الصدمة الكهربائية التي يلقاها الحيوان علىٰ قدمه. . .)، وباختصار إن علىٰ الكائن أن يتعلم الإستجابة المطلوبة التي تؤدي إلىٰ المكافأة (أو المعزز)، وعن طريق تعزيز التتابعات يمكن أن يقوّىٰ هذا السلوك، ويصبح أكثر إحتمالاً للتكرار أو الحدوث.

ويمكن في هذا المجال أن تثار بعض المشكلات أو القضايا الفكرية، كأن يقال مثلاً، بأن المجرّب عندما يطلب من المريض أن يقول كلمة (لبان)، فإنه لا يطلب منه إستجابة حرّة، وإنما يطلب منه إستجابة محددة لإثابتها، ويمكنه التساؤل أيضاً فيما إذا كانت العمليات الأخرىٰ التي يقوم بها المريض بدءاً من حركة العينين إلى التلّفظ تمثل ضرورة واقعية، ويجب أن تكون هذه العمليات مفصّلة، ومتقنة، فإذا كانت كذلك كما هو الحال في عملية تشكيل الإستجابة (Response shaping)، أو ما يسمّىٰ بطريقة تعزيز

التقريبات المتتالية: (Successive approximation)[1] فإننا نتوقع وجود شيء من الإرتباط أو العلاقة المنطقية بين مختلف عناصر السلوك المستجر.

علىٰ سبيل المثال: إننا نتوقع بأن تدريب المريض علىٰ تحريك عينيه، أو علىٰ التلفّظ وحدوث الصوت لديه يجعل هذه الإستجابات أكثر ميلاً للظهور لديه، ولا بدّ من تكرار هذه الإستجابات حتىٰ تصبح قويّة، وإلاّ علىٰ المجرّب العودة مرّة أخرىٰ إلىٰ الإستجابة السابقة حتىٰ تتقوىٰ لدىٰ المريض (Strengthening).

وعلى كل حال إن النتائج كانت ذات أهمية معتبرة. وبعض الدراسات أكّدت علىٰ ذلك، فقد تم معالجة مريض صامت لا يتحرك (Immobile)، وتمكن المعالج بعد ثمانية عشر (١٨) جلسة من الإشراط الإجرائي من جعل المريض يتكلم ويصبح أكثر إستجابة بشكل عام، وهذا بدوره يفيدنا في معرفة أن مدة بقاء الإستجابات (حتىٰ تتقن من قبل المريض) لا تهم كثيراً، وإنما المهم ثبات الإستجابة المطلوبة وقوتها.

وباختصار إن الإفتراض الأساسي الذي تدور حوله فكرة الإشراط الإجرائي هو وببساطة ينص علىٰ ما يلي: «إن تلك التتابعات (Consequences) المترتبة علىٰ قيام الفرد بسلوك ما تترك أثرها في حدوث السلوك مرّة أخرىٰ».

وهناك دراسات اهتمت باختبار مدىٰ صدق هذا الإفتراض المتعلق بالسلوك المكافأ، الذي عزز إيجابياً، وبرهنت علىٰ أن السلوك يحدث بشكل متكرر.

من ناحية أخرىٰ وجد بأن استخدام العقوبات، أو التعزيزات السالبة

---

(١) في هذه الطريقة يتم تعزيز الإستجابة كلما حدثت في الإتجاه المطلوب ثم ينتظر المجرّب حدوث استجابة جديدة حتىٰ يتم التعزيز من جديد، وهكذا حتىٰ يتم تشكيل السلوك لدىٰ الكائن. (المترجم).

(Negative Reinforcement) تؤدي إلىٰ تكرار أكثر (greater) أو أقل (Lesser) للإستجابة (الكائن يكرر السلوك الذي يساعد علىٰ تفادي أو تجنب العقوبة، كما أنه يسعىٰ إلىٰ عدم تكرار السلوك المقترن بالعقوبة). وهذا يعتمد علىٰ خطة العلاج، وبشكل عام وجد بأن بعض الإستجابات التي يقوم بها الفرد تؤدي بـه إلى التخلص من الألم (Removal of pain)، أو إلىٰ الهروب من العقوبة (الصدمة مثلاً) المترتبة علىٰ قيام الفرد بسلوك ما، فإذا كان السلوك يؤدي وبطريقة ما إلىٰ العقوبة، فإننا نتوقع من هذا السلوك أن يتعرض إلىٰ الضعف والإنطفاء.

من ناحية أخرىٰ وجد جولد يموند (Goldimond) وزملاؤه عام (١٩٦٥) بأن التعزيز السلبي يلعب دوراً ثنائياً (Dual Role)، وقد شرح لنا ذلك من خلا مثال حول التهتهة في النطق كسلوك شاذ، وكـانت خطة المعـالج أن يطلب من المريض أن يقرأ وبصوت مرتفع لمدة تسعين دقيقة، وتستخدم طريقة تسجيل التكرارات (أو الترددات) التي يحدثها المتهته. وقـد وزّعت هذه المدة علىٰ الشكل التالي:

١ - في الثـلاثين دقيقـة الأولىٰ يتم تسجيـل حـالات التـردد في النـطق والـ سعوبات التي يواجهها الفرد في نطقه وكلامه.

٢ - في الثلاثين دقيقة التالية، يتعرض الفرد المتهته إلىٰ مثير مزعج ومنفّر (Aversive Stimulus)، مثل إحداث ضجّة مزعجة للفرد بعد كل عملية توقف أو إعاقة النطق، وبمعنى آخر:

إن التهتهة في النطق تؤدي إلىٰ	←	حدوث المثير المزعج للفرد
إن عدم التهتهة في النطق يؤدي إلىٰ	←	تجنب المثير المزعج والتخلص من الضيق

٣ - في الثلاثين دقيقة الأخيرة يتم تسجيل حالات الإعاقة، والتردد في النطق ومقارنتها بالحالات المسجلة خلال الثلاثين دقيقة الأولى.

وقد تبين من النتائج وجود فروق ملحوظة بين الحالات الأولىٰ (في الثلاثين دقيقة الأولىٰ)، وبين الحالات الأخيرة (في الثلاثين دقيقة الأخيرة)، وهذه الفروق ذات دلالة واضحة ليست فقط من حيث خفض حالات صعوبات النطق في الفترة الثانية (حيث يقدم المعزز السالب)، وإنما أيضاً في خفض صعوبات النطق في الفترة الأخيرة التي تلي ذلك، أي أن هذا التحسّن أو التعديل في عملية النطق قد امتد أثره وبشكل مفيد إلىٰ المرحلة الأخيرة حيث لا يتعرض المريض إلىٰ المثير المزعج.

إلّا أنه لوحظ بأن هذا التعديل الذي طرأ علىٰ سلوك الكلام لدىٰ الفرد لم يستمر لفترة طويلة، وشوهد ميل للعودة ثانية إلىٰ التهتهة، وإلىٰ مستوىٰ الحالة التي كان عليها الفرد قبل العلاج (pre - treatment)، وربما أكثر بقليل مما يمكننا أن نتوقعه وذلك بالنظر إلىٰ الأسس التي اعتمد عليها في هذه الطريقة المختصرة من العلاج.

وتبع هذه التجربة تجربة ثانية استخدم فيها المعزز السلبي (أو العقوبة) كوسيلة للهروب من موقف ضار للفرد، ورتبت التجربة بحيث يتاح الفرصة للفرد أن يتحرر من أثر هذا الإزعاج الضار للفرد (Noxious noise)، والنتيجة كانت دالة بوضوح فيما يتعلق بخفض مستوىٰ الصعوبات اللفظية (Vocaliz... tion difficulties) التي يعاني منها الفرد. وبمعنىٰ آخر إن إتاحة الفرصة للفرد من أجل أن يهرب من العقوبة أو الأثر الضار المترتب علىٰ عملية التهتهة، يترتب عليه نتائج مغايرة لتلك التي تمّ الحصول عليها من جراء كون العقوبة (أو المثير المزعج) تلي سلوك التهتهة مباشرة.

ـ أي أن العقوبة تؤدي إلىٰ ← عدم التهتهة
ـ التهتهة في النطق يترتب عليه العقوبة وهذا يؤدي بدوره إلى إضعاف التهتهة.
ـ تجنب العقوبة المترتبة علىٰ عملية التهتهة← يتطلب عدم التهتهة

إن هاتين التجربتين ترينا معاً كيف أن التهتهة في النطق يمكن اعتباره كسلوك إجرائي، بمعنى أنه يمكن تعديله، أو تغييره بواسطة نظام من التتابعات السلوكية، وباستخدام أسلوبين من العقاب أو التعزيز السلبي يمكن الإستفادة منهما من أجل الحصول على نتائج مغايرة تماماً للمشكلة.

والواقع أنه حتى الوقت الحاضر لم تلقَ عملية إستخدام الحوافز الإيجابية (المكافآت) إلّا القليل من الإنتباه أو الاهتمام النسبي، وربما السبب في ذلك أن المكافأة توجد لدىٰ الفرد طاقة تأثيرية إيجابية على السلوك، إلّا أن ذلك يصعب إعتباره ثابتاً، أو مستمراً، علماً أن مجال استخدام الحوافز الإيجابية من الناحية التطبيقية أوسع من إسخدام المعززات السلبية.

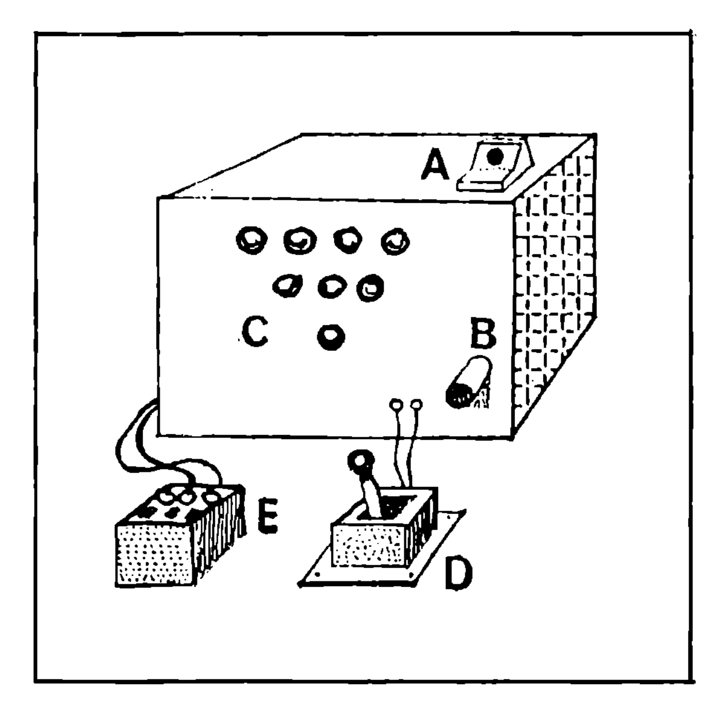
من ناحية أخرى إن المجرّب يشعر وبثقة أكبر بأن الصدمة الكهربائية مثلاً ستؤدي إلى نتائج شبه ثابتة.

ويمكن بشكل عام تمييز الأثر المترتب على المكافأة والعقوبة عن طريق توجيه ذلك إلى الأفراد بمختلف الأعمار، والجنس، والثقافات... وقد يؤدي التمييز الواضح بين هذين النمطين من التعزيز إلى شيء من الإعاقة التي قد تحد من الاكتشاف التام لمجالات المكافأة.

وقد اتجه البحث في هذا المجال نحو حالات الإشراط اللفظي، وربما كان هناك رغبة أو حافزاً لعلماء النفس من أجل الإهتمام بقيمة المكافآت (أكثر من العقوبات)، وعلى طريقة بائع السفن، حيث من المألوف للجميع أن هذا البائع يعمل كل ما بوسعه من أجل جعل الزبون يقول كلمة «نعم»

ملاحظة: في عملية تدريب الفرد على الهرب من مثير مؤلم (Escape training) حسب نظرية سكنر، يوضع الفرد في موقف يؤثر عليه مثير مزعج أو ضار، ويمكن للفرد أن يتخلص من هذا المثير عن طريق القيام باستجابة معينة، مثل الهرب من الصدمة الكهربائية بواسطة الضغط علىٰ رافعة، وكذلك فإن عدم التهتهة واللفظ الصحيح يؤدي إلى التخلص من المثير المزعج، وكذلك التلميذ بإمكانه الهرب من المدرسة للخلاص من ضرب المدرس له، كما أن التلميذ بإمكانه الإجتهاد للهرب من العقوبة. (المترجم).

علىٰ أسئلته التي تكون محددة وكافية لتحقيق هذا الغرض، مثل: (هل تريد موديل جيد؟)، (أليس كذلك؟)، (أنا أتوقع أنك تعرف ما ترغب به)، . . . إلخ، ويأمل البائع أن تكون إجابة الزبون بنعم صادقة، وثابتة، ومحققة لجهوده، كما يمكن للبائع تدعيم الإجابة (بنعم) بسؤال أخير أكثر حيوية.



شكل رقم (٥)

«آلة الإشراط الإجرائي تستخدم مع الأطفال الصغار حيث تقدّم هذه الآلة الحلوىٰ كطعام من الفتحة (آ)، وذلك إذا نجح الطفل في بعض المهام وحيث تضاء الأضواء في (س)، ويمكن إعداد هذه الآلة بحيث تخرج الحلوىٰ من الأنبوب (ب) بعد مرّة أو أكثر من الإضاءة وحسب نظام التعزيز».

إن الإشراط اللفظي من المحتمل أن كثيراً من جوانبه يعتمد علىٰ نفس القاعدة من طريقة البيع هذه (Selling thchnique)، إن بعض الألفاظ إذا حدثت قام المجرّب بتقديم المكافأة، وهذا يشجّع أكثر فأكثر علىٰ تكرار الإستجابة المرغوب بها، ولكن ما هي هذه المكافأة؟

يبدو لنا وببساطة من خلال التجارب المعملية، ومن مثالنا السابق بأنه يمكن أن تأخذ هذه المكافأة شكل المعززات الإجتماعية، (المعنوية) مثلاً كلمات مثل (جيد)، و(حسن)، و(لا بأس)، و(الإبتسامة)، و(الربت علىٰ الكتف)، الإيماءات)... وأشياء أخرىٰ تشير إلىٰ الموافقة والإستحسان، لذلك من الضروري البحث عن المواقف المستحسنة إجتماعياً (Social approval)، أو على الأقل عمّا ترمز إليه هذه المواقف، وما تؤدي إليه من تكرار للفعاليات، أو للأنشطة، وسنجد أن هناك ثلاث خطوات أو مبررات تجعلنا نستخدم ذلك:

أولاً : إننا نتوق للحصول علىٰ الإستحسان الإجتماعي تماماً كما نتوق للحصول علىٰ الطعام، والشراب، والجنس... إلخ.

ثانياً : إنه من السهل علىٰ الباحث وبدقّة تحقيق ما ترمز إليه عملية الإستحسان الإجتماعي... وغير ذلك مثل الإبتسامة؛ أو الإنحناء بالرأس...

ثالثاً : إن مواقف الإستحسان الإجتماعي، (التي تعزز ثقة الفرد ومكانته الذاتية(تدفع الفرد إلىٰ الإستمرار بالعمل، وستزيد من عملية تكرار هذا العمل.

وهناك نقاط أخرىٰ يجب أن تتضمن مثل هذه المواقف (الإجتماعية) السابقة وذلك من أجل إتمام الصورة لتصبح أكثر ملائمة لمفاهيم الإشراط الإجرائي، والواقع أن هذه الإستحسانات الإجتماعية ليست هي العنصر الوحيد في تقوية الإستجابة. وإنما هناك أيضاً أشكال أخرىٰ من الإستجابات تتعلق بذلك، وتلعب دور المدعّم أو المقوّي.

والواقع أن نوع الشيء الذي يشرط إليه السلوك اللفظي قد يكون له مدلول فكري بحيث قد يؤدي ذلك أحياناً إلىٰ تعزيز عمل عدواني لدىٰ إنسان مولع بالعدوان ـ وإلىٰ ردود فعل عدوانية.

ويظهر أن الدراسات النفسية والتربوية ما زالت بعيدة عن إختبار الأثر

المترتب علىٰ المعززات الإجتماعية البسيطة، وهناك دليل مؤكد يشير إلىٰ أن مثل هذه المكافآت (Rewards) قادرة علىٰ التأثير حتىٰ لدىٰ المريض الفصامي (Schizophrenic patient)، الذي يغلب علىٰ كلامه أن يكون رديء السمعة، ولا يستجيب إلىٰ الإثارة الإجتماعية، ومما لا شك فيه أن نتائج الدراسات ستعمل علىٰ فتح مدى واسع لاستخدام العديد من المكافآت التي تخدم غرض التشجيع، والحث، من أجل الحفاظ علىٰ السلوك المرغوب.

إن من بين التطبيقات الهامة تلك التي أشار إليها شاميز (Shames)، وشيريك (Sherrick) عام (١٩٦٣) والمتعلقة بسلوك التهتهة، حيث حاولا تشكيل سلوك مريض يعاني من التهتهة، وعلىٰ إعتبار أن هذا السلوك يعتبر سلوكاً شاذاً، وشكل من أشكال السلوك الإجرائي، وعلىٰ أن أي درجة من درجات التهتهة المزمنة هي نتيجة لإشراط سابق (past Conditioning)، ولهذا فإن هذا السلوك عرضة للتغيّر والتعديل من خلال نفس الإجراءات التي أدت إلىٰ تكوين هذا السلوك، ويرىٰ شاميز وشيريك أن هذا الشكل من الكلام (التهتهة) غالباً ما ينتشر لدىٰ الأطفال اليافعين، وبالتالي فهو يعتمد علىٰ النتائج التي تترتب علىٰ هذا السلوك، مما يشجّع أو لا يشجّع (Encouraged or discouraged) علىٰ التهتهة.

إن إحدىٰ الحالات (المقتبسة هي لطفل كان يعاني من التهتهة، وكان يرغم (compelled) علىٰ إعادة السؤال مرّات، ومرّات قبل أن يحصل علىٰ الإجابة، وعندما كانت الإجابة تأتيه كان يحصل علىٰ ما يريد (المكافأة)، لهذا كانت المكافأة تعتمد علىٰ عملية تكرار نفس الموقف، (الكلمات والألفاظ)، مما أدىٰ بالطفل إلىٰ زيادة التكرار، (وربما يكون قد حدث نفس الشيء بالنسبة للفرد المتهته) حيث يجد (أو يتعلم) أن هذا السلوك يؤدي إلىٰ المكافأة.

والملاحظ هنا بأن الإتجاه الطبي (Medical Model) يميل إلىٰ التأكيد علىٰ الآلام المترتبة علىٰ عملية التهتهة، بينما الإتجاه الإشراطي يرىٰ بأن هناك إستمرارية (Continuity) بين الحالات السويّة والحالات الغير سوية،

ولكن التوازن إنحرف إلىٰ إتجاه عدم السواء عن طريق تاريخ إشراطي للفرد الذي يعاني من المشكلة.

ولكن إلىٰ الآن لا يمكننا معرفة الحد الذي يمكن أن نستخدم فيه الإتجاه الإشراطي في مجال الإضطرابات النفسية، كما أنه لا يمكننا إتخاذ القرار بهذا الشأن، ولكن الدلائل كلها تشير إلىٰ وجود ضمانات بأن هذه الطريقة الإشراطية فعّالة جداً، وخاصة بالنسبة لبعض مظاهر الإضطرابات العقلية التي ينظر إليها حتىٰ الآن علىٰ أنها قضايا طلبيّة. وعلىٰ سبيل المثال:

حالات الخمول والإنسحاب التي تبدو علىٰ مريض الفصام حيث لم يؤخذ بعين الإعتبار حتىٰ الآن إمكانية علاج أو تدريب هؤلاء المرضىٰ، والتجارب التي أجريت في المنازل وفي المستشفيات ودورها في ذلك، تجعلنا نكرر نفس الأفكار بإلحاح وإهتمام.

ويبدو لنا في الواقع بأن مفهوم المرض (Disease Concept) يجعلنا نعتقد أنه من الصعب الإتيان بدليل عملي من خلال مخابر الإشراط الإجرائي.

إن النقطة التي أشار إليها أولمان (Ullman) وآخرون في تقريرهم عام (١٩٦٤)، والمتعلقة بعملية التداعي اللفظي لمرضىٰ الفصام، حيث وجدوا بأن عملية التداعي اللفظي لمرضىٰ الفصام يمكن أن تحوّل أو تعدّل بواسطة الأساليب الإجرائية، وعن طريق إستخدام المعززات الإجتماعية مثل (التحية والإنحناء، أو الإبتسامة...) وعندما يقوم المريض بإجراء الترابطات المقبولة حيث تقدم مثل هذه المعززات، وكذلك فإنه يتم الإمتناع عن التعزيز إذا صدر عن المريض تفوّهات أو تعبيرات شاذة أو غريبة بشدة (Bizarre utterances). وقد كانت النتائج التي انتهىٰ إليها أولمان مشجّعة من حيث ملاحظة كيف أن الإرتباطات الشاذة أو الغريبة تنحو بشكل أكبر إلىٰ إعطاء مكانها إلىٰ الإرتباطات السويّة. وقد أكّد أولمان بأن هذه الملاحظة تمثل إيضاحاً لدرجة الضبط أو التحكم التي يمكن الحصول عليها بالنسبة للأعراض

البارزة لإضطراب فصام الشخصية، ومن المدهش أن نجد أن هذه الترابطات الشاذة إستجابت وبسرعة إلىٰ المعززات الإجتماعية البسيطة.

وعلاوة علىٰ ذلك فإن أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تعزيز علىٰ الإطلاق سواء أكان سلبياً أم إيجابياً تميل إلىٰ أن تظهر تدهوراً في مستوىٰ الأعراض، لقد تبيّن بأن المعززات الإيجابية الإجتماعية تعتبر هامة ليس فقط من حيث تعديل أو تغيير الإستجابات اللفظية، ولكن أيضاً من حيث الحفاظ علىٰ هذه الإستجابات.

والواقع أن مثل هذه الدراسات تجعل من الأهمية ملاحظة الأعمال التطبيقية الباكرة في مجال الإشراط الإجرائي، وذلك علىٰ حالات عدم السواء النفسي، والحالات التي تمثل جانباً كبيراً من الإضطرابات الذهانية (psych-oses disorders). وبهذا المعنىٰ سنجد أن هذه الطريقة لها تاريخ مختلف عن تاريخ العلاج بواسطة الكف بالنقيض (reciprocal inhibition) لجوزيف وولب[1].

إن مثل هذه المشكلات الأكثر أهمية يمكن أن نصادفها في الدراسات التي إهتمت بتطبيق الإشراط الإجرائي في مجالات الضعف العقلي (Mental defficiency)، وهذه الإجراءات التطبيقية يمكن إستخدامها في جميع مجالات اللاسواء لدىٰ الأطفال، وقد يرىٰ البعض بأن مثل هذه الإجراءات أكثر ملاَّئمة في الحالات التي تعاني من بعض الصعوبات اللغوية، أو الحالات التي تتضمن إرتباطات لفظية. ومن الطبيعي بأن تأدية عمل معين أو إنجاز ما لا يمكن الحصول عليه إلّا بواسطة تدريبات منظّمة، مثلاً إن مدرب التنس (Tennis Coach) يعمد إلىٰ إختبار مدىٰ صدق هذه الحقيقة، ويشعر بأن عليه أن يختبر أثر عملية التشجيع بالإعتماد علىٰ اللغة، ثم البدء بعملية التدريب التي تتضمن الإشراط الإجرائي.

---

(١) راجع كتاب المترجم حول «الكف بالنقيض كطريقة في العلاج النفسي» دار القلم - بيروت (١٩٨٤).

ومن الحالات التي استخدم في علاجها التدريبات الإجرائية هي التي أشار إليها نيل (Neale) (١٩٦٣)، وهي حالة طفل عمره تسع سنوات يعاني من حالة تبرز لا إرادي (Encopretic)[1]، وإضطراب في حركة الأمعاء، وذلك منذ حوالي ثمانية عشر شهراً، وبعد سنة من العلاج داخل المستشفىٰ وخارجها فشل الطفل في الوصول إلىٰ أي تحسّن في ميله نحو توسيخ نفسه (Tendency to Soil him self)، أو أي تحسّن في سلوكه العدواني (Aggressive behaviour)، وقد كان في متناول المعالج إستخدام بعض الوسائل التدريبية الإجرائية التي تعتمد علىٰ أخذ الطفل إلىٰ التواليت أربع مرات يومياً وفي أوقات محددة، وإن أي إستجابة ناجحة تصاحب هذه الزيارات (إلىٰ التواليت) تكافأ بواسطة المديح والثناء (praise)، أو بواسطة الحلوىٰ (Sweet)، وتسجل النتائج في سجل خاص وفي حضور الطفل صاحب المشكلة، وإذا فشل الطفل في تحقيق ذلك (قضاء حاجته في التواليت)، وذلك بعد مضي دقائق داخل المرحاض (Iavatory) فإنه لا يطلب منه الإستمرار في جهوده، ومن ناحية أخرىٰ إذا لوّث الطفل نفسه فإنه لا يلقىٰ أي عقوبة، أو أن توجّه إليه إتهامات بهذا الشأن، وبكل بساطة يتم إعطاء الطفل سروال تحتاني نظيف لإرتدائه (pair of pants).

وقد تبيّن من خلال سير عملية العلاج بأنه يمكن الإبتعاد عن النظام الروتيني لزيارة التواليت، والإعتماد علىٰ تخمينات المريض وحاجته للتبرز، وعلىٰ كل حال بقي المعالج يقوم بتعزيز الزيارة الناجحة للتواليت، وبعد مضي ثلاثة أشهر من العلاج بدأ هذا الطفل يدرك عملية النظافة، وبدأ يظهر عليه بعض التحسّن البسيط والبطيء، ولكنه واضح ومستمر في سلوكه العام، واستمر في ذلك بعد خروجه من المستشفىٰ.

في التجربة السابقة يمكن القول بأن المشكلة عولجت بشكل جيد، ومباشر، ومحدد، أكثر من الحالات المعتادة الأخرىٰ، ولقد كان الطفل

---

(١) يمكن مراجعة كتاب (التبول اللاإرادي لدىٰ الأطفال) للمترجم، دار القلم ـ دبي (١٩٨٨) وذلك لفهم إضطرابات الإخراج لدىٰ الطفل.

بمعنىٰ ما سهل الإنقياد (amenable)، وملتزم بالتعليمات التي توجه إليه ومتعاوناً، ومهتماً في الوصول إلىٰ القدرة علىٰ التحكم في حركة الأمعاء، والحقيقة أن المشكلة قد حلّت باستخدام هذه الطريقة البسيطة والملائمة والتي اعتمدت علىٰ ترتيبات إجرائية مصحوبة بالمكافآت، ومن الطبيعي أن ذلك لم ينتقص أو يقلل (detract) من قيمة هذه الطريقة المبتدعة (أي كون هذه الطريقة بسيطة)، وخاصة إذا علمنا بأن العلاج السابق في المستشفىٰ قد فشل في تحقيق أية تأثيرات مفيدة في هذا المجال، ومع ذلك فإن هناك مشكلات أكثر تعقيداً وصعوبة قد يترتب عليها بعض القضايا من جراء تطبيق أسلوب الإشراط الإجرائي.

وبعيداً عن أي شيء آخر فإن تطبيق مثل هذه الإجراءات قد يتطلب قدرة فائقة، وخصائص مثالية، وقدرة أكبر علىٰ التحكم لدىٰ المعالج، ومن الأمثلة علىٰ ذلك ما أشار إليه كل من فرستر (Ferster)، ومابر (De Meyer)، حول حالات بعض الأطفال الذين يعانون من حالة ذهانية هي الإنغلاق على الذات (Autistic)، مما أتعب الأبوين وأدى بهم إلىٰ حالة من الخجل والإرتباك بسبب الأفعال التي يقومون بها مثل العبث الغير متوقع بالملابس، ونقل الملابس من مكان لآخر، وإتلاف الأثاث، والتجوال بعيداً عن المنزل (شرود)، والإنشغال بإيذاء النفس... إلخ، ومن المستغرب بأن سلوك أب أحد الأطفال تجاه إبنه البالغ من العمر ثمان سنوات كان خشناً وقاسياً، وكان هذا السلوك تجاه الإبن يتراوح بين العقوبة الشديدة، إلىٰ حجز الطفل في غرفة خاصة وتقييد سلوكه،... والسؤال كيف يتاح في مثل هذه الحالات الفرصة لتطبيق أساليب الإشراط الإجرائي؟، وهل في متناول هؤلاء الأطفال الدافعية، والميل للوصول إلىٰ مستوىٰ من الضبط، والتحكم إذا افترضنا إمكانية معالجة الظروف البيئية المحيطة بهم؟.

لقد أشار لندسلي (Lindsley) عام (١٩٥٦) من خلال محاولاته العلاجية إلىٰ أنه أمكنه التحكّم لحدّ ما في بعض نواحُ السلوك لدىٰ مرضىٰ ذهانيين، إن تجربة قد أجريت داخل غرفة ذات أثاث بسيط، وكان يطلب

من المريض أن يسحب (to pull) ذراعاً (أو عتلة) (a Lever) من أجل أن يحصل علىٰ المكافأة، وقد كانت كافة المتطلبات (من المريض) يتم التحكّم فيها بشكل آلي، وتبيّن بأن نسبة تقدر بحوالي (٩٠٪) من المرضىٰ يصعب عليهم بسبب آلامهم وإضطراب قدراتهم تعلم سلوك سحب العتلة، وحتىٰ عندما يحدث هذا السلوك وتقدم المكافأة في حينها، كان معدّل الإستجابة منخفضاً وغير ثابتاً، كما لوحظ وجود ميل واضح وملح نمو النماذج الأصلية للإستجابات (السلوك الأصلي)، هذا بالرغم من الجهود الكبيرة لتغييرها.

لقد كرّس كل من كنج (King)[1] وآخرون عام (١٩٦٠) إنتباههم لدراسة عيّنة من مرضىٰ الفصام الإنسحابيين جداً (أي الذين يتصفون بالسلوك الإنسحابي)، وقد حاول كنج ومن معه بناء أشكال من السلوك الأكثر تعقيداً، بدءاف من سلوك سحب العتلة البسيط (المشار إليه في دراسة لندسلي)، إلىٰ سلوك المشاركة الإجتماعية، ثم سلوك حل المشكلات، وقد كانت المعززات المستخدمة هي تقديم السجاير والحلوىٰ وعرض مشاهد تلفزيونية ملوّنة سارّة وذات أهمية خاصة.

إن هذه الدراسة لها أهمية خاصة وذلك لأنها إعتمدت علىٰ إجراء مقارنات بين قيمة الإشراط الإجرائي (الذي يهتم بأثر المكافأة في جعل السلوك المرغوب فيه أكثر إحتمالاً للحدوث) وبين ثلاثة أنماط أخرىٰ من العلاج أو الظروف المحيطة بالمريض.

وهذه الأنماط هي:

١ - العلاج اللفظي (Verbal therapy).

٢ - العلاج الإستجمامي (Recreational therapy).

---

(١) King, G. S. Armitage, S. G. Tilton, J. B: (A therapeutic Approach to Schizophrenics of extreme pathology: An Operant - interpersonal. method), J. Abn. Soc, psychol, 12., 276 - 86.

٣ ـ ظروف لا يتوفر فيها العلاج (مجموعة ضابطة (No treatment conditions).

وقد دلّت نتائج المقارنة علىٰ أفضلية العلاج الإجرائي بشكل واضح حيث أن المرضىٰ الذين تلقوا هذا النمط من العلاج قد أظهروا قدرة أكبر علىٰ التلفظ والكلام (بالمقارنة بغيرهم)، كما أنهم كانوا أقل مقاومة وأكثر إستجابة للعلاج، وخاصة العلاج بواسطة العمل (Occupational therapy).

ويمكن أيضاً ملاحظة حقيقة إمكانية التحكم في سلوك مرضىٰ الذهان المزمنين، من خلال دراسة هتشنسون (Hutchinson)، وأزرين (Azrin) عام (١٩٦١)، حيث تمّ في هذه الدراسة دراسة النشاط الحركي لدىٰ هؤلاء المرضىٰ، وقد كانت مهمة المريض (patient's task) القيام بسلوك سحب العتلة، وهذا السؤال يعزز بالسكاير والحلوىٰ، والتعليمات تشير إلىٰ أن عملية سحب العتلة تؤدي بالمريض إلىٰ مكافأة، بينما هناك قوائم معززات أخرىٰ توظّف من أجل جعل المريض يقوم بأداء عمل أكبر من أجل الحصول علىٰ المعزز، وقد لوحظ من النتائج أنه بالرغم من أن جميع المرضىٰ أظهروا في البداية ردود فعل ضعيفة جداً، إلّا أنه حدث تحسناً كبيراً مع مضي الزمن، وعلاوة علىٰ ذلك فإن المجرّب لم ينتقل علىٰ قائمة المعززات بسرعة كبيرة، حيث أصبح يطلب من المريض القيام بالعديد من عمليات سحب العتلة للحصول علىٰ المكافأة، وبقي المريض ينتج نفس الحركات حتىٰ في حالات كان يقدم فيها السجاير والحلوىٰ فقط، وقد أمكن تقديم المعزز بعد قيانم المريض بثلاثمائة عملية سحب للعتلة (three hundred pulls)، كما أمكن من هذه الدراسة إستخلاص ملاحظتين هامتين:

الملاحظة الأولىٰ : يبدو لنا من الواضح بأن هذه النتائج لا تشير لأكثر من إمكانية أن سلوك مرضىٰ الفصام المزمن (chromic schizophrenics) هو سلوك حساس، أو سريع التأثر بالطرائق الإجرائية، ويمكن إعتبار ذلك بمثابة صرخة تشير إلىٰ أثر المعززات مثل الحلوىٰ، والسكاير علىٰ

سلوك سحب العتلة، وعلىٰ تطبيقات علاجية أكثر أهميّة،

الملاحظة الثانية : يمكن القول بأن عينة المرضىٰ التي استخدمت في هذه الدراسة هم من الذين أعدّوا من أجل تقبل الحلوىٰ والسكاير كمكافآت، لهذا كانت النتائج هامة، ويمكن أن يكون تطبيق مثل هذه الإجراءات العلاجية سهلة بالنسبة للمرضىٰ ممن هم علىٰ إستعداد للإستجابات الإجتماعية، ولديهم ميل لذلك.

لقد قام روبرتسون (Robertson) عام (١٩٥٨) وبالإعتماد علىٰ النتائج السابقة، باستخدام نفس الإجراءات من أجل إشراط ثلاثة من مرضىٰ الفصام الذين يعانون من الصمم (Mute)، وذلك بهدف معرفة نوع المكافأة التي تشجّع هؤلاء المرضىٰ علىٰ العمل. وقد فشل روبرتسون في ذلك.

وفي دراسة أخرىٰ أجراها روبرتسون عام (١٩٦١) علىٰ عينة من (٢٤) مريضاً ذهانياً، وانتهىٰ من دراسته إلىٰ ضرورة البحث عن أشكال مناسبة من المعززات الإيجابية، وقد وجد بأن بعض مرضاه قد إستجابوا إلىٰ معززات المديح والإطراء (praise)، بينما البعض الآخر لم يستجب إلّا لمعززات مادية ملموسة (tangible)، والواقع أن روبرتسون ذهب أكثر من ذلك في تقريره حيث أشار إلىٰ أن النتائج التي تمَّ الحصول عليها من هؤلاء المرضىٰ كانت بسبب إخبارهم (informing them) ليس فقط عن المكافأة (التي يمكن أن تكون سريّة بالنسبة لهم) ولكن أيضاً عن الإستجابة أو السلوك الضروري للحصول علىٰ المكافأة، ويعتبر روبرتسون أن مثل هذه التطبيقات التي تعتمد علىٰ التعاون، والفهم لدور المريض يمكن إعتبارها من المتطلبات السابقة (prereguisities) لعملية العلاج.

وهناك دراسات أخرىٰ مشابهة ومقتبسة مثل الدراسة التي أجريت علىٰ عينة من أطفال يعانون من التخلف العقلي (Mentally Retarded)، وكان الهدف

من هذه الدراسة تطبيق بعض المبادىء الإجرائية لمعرفة فيما إذا كان سلوك الأطفال يتأثر بطرائق أخرىٰ أم لا، والوصول إلىٰ هذه الطرائق التي يمكن أن تلقىٰ الدعم من الطرائق الإجرائية، من هذه الدراسات الدراسة التي قام بها كل من بيجو (Bijou)، وأورلاندو (Orlando) عام (١٩٦١) علىٰ مجموعة من (٤٦) طفلاً من صفور المرحلة الإبتدائية الذين يعانون من تخلّف عقلي وجسمي (بسيط)، حيث طلب من هؤلاء القيام بمهمة تحريك رافعة من أجل الحصول علىٰ الحلوىٰ كمكافأة، وكانت النتيجة تقريباً مشابهة للتي تمّ الحصول عليها لدىٰ الحالات الذهانية في التجارب السابقة.

ومّرة أخرىٰ يمكننا القول بأن قيمة هذه الأدلة السابقة تبقىٰ محدودة من حيث تطبيق إجراءات علاجية بشكل مباشر. وعلىٰ كل حال هناك الكثير من الدراسات المشابهة، علاوة علىٰ الملاحظات البسيطة التي تشير إلىٰ زيادة الإستجابة في حال تقديم المكافأة للفرد، وربما أن القيمة الحقيقية تكمن في الوصول إلىٰ وصف أكثر دقة للشروط التي تتم في خلالها عملية الاكتساب والتعلم، والتي تجعل عملية الاكتساب أكثر فعالية، وتدوم لفترة أطول، لهذا يمكننا القول بأن الإشراط الإجرائي بمعناه النظري والتطبيقي التجريبي له علاقة كبيرة بالنتائج والإجراءات الوصفية التي أشرنا إليها، كما أن له خاصية جيدة من الناحية العملية.

من ناحية أخرىٰ لا يمكننا القول بأن الإشراط الإجرائي يصلح لكافة الحالات والشروط النفسية، فهو قد يصلح بالنسبة لبعض الحالات دون غيرها، وقد تكون هذه الحالات هي من النوع البسيط الأقل تعقيداً.

إن واحدة من الدراسات التي تناولت مشكلة بسيطة، وتمّ الإعتراف فيها بأنها بالرغم من ذلك. (أي من أنها بسيطة)، فإنها كانت مقاومة لعملية العلاج، هذه الدراسة أشرف عليها باشراش وآخرون (Bachrach et al) عام (١٩٦٥)، وكانت حول حالة لمريضة تبلغ من العمر (٣٧) عاماً، وتعاني من حالة غير شائعة تعرف بفقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)، مع بعض السمات البارزة المتعلقة برفض تناول كمية مناسبة من الطعام، وكان

وزنها حتىٰ لحظة قبولها للعلاج أقل من (٤٧) رطلاً، وقد جاء في وصف هذه المريضة ما يلي:

«تحاول جمع وإخفاء الطعام (المؤونة) (Cachectic)، وتبدو منكمشة (Shrunken) حول هيكلها العظمي (Skeleton)، لتعطي للناظر شكل مومياء (Mummy) تصيب الناظر إليها بزعر شديد (Struck) لتنفسها للحياة».

إنه ليس من المدهش أن تكون غير قادرة على الوقوف بدون مساعدة. لقد دخلت هذه المريضة في السابق ثمانِ مستشفيات فشلت كلّها في تحسين حالتها، وفي الواقع أن وضعها الجسمي العام كان يشبه تماماً الأجسام التي توضع داخل النعش (grave)، وحالتها تعبّر عن مدىٰ معاناتها في الحياة.

إن الهدف من دراسة هذه الحالة كان واضحاً، وهو تجديد أو إعادة بناء سلوك تناول الطعام بسرعة وبقدر المستطاع، وكانت الطريقة المستخدمة من أجل إخضاع هذه المريضة لشيء من الضبط والسيطرة هي طريقة الإشراط الإجرائي.

لقد وجهت المريضة نحو صندوق فارغ، وأخبرت بأن كل من الأشخاص الثلاثة الذين يساهمون في معالجتها سيتناول معها وجبة واحدة من الطعام كل يوم، وهذه الوجبات الثلاث ستوضع داخل صندوقها، وكان النظام (الذي لم تخبر المريضة به) يتضمن تقديم معززات شفوية لأي حركة تقترن بعملية الطعام، بدءاً من غرز (Spearing) قطعة الطعام بالشوكة، وحتىٰ بلع هذه القطعة، وكانت المعززات في بادىء الأمر محددة حيث تعتمد علىٰ إجراء الحديث مع المريضة حول بعض الأشياء التي لها إهتمام خاص لديها ويكون ذلك بعد أن تحدث الحركات المطلوبة لتناول الطعام.

وقد كانت المريضة في معظم الوقت تستجيب أكثر فأكثر إلىٰ الطعام، وذلك قبل أن يقدّم إليها المكافأة، وفي المراحل الأخيرة عندما أصبح المعزز يستهدف زيادة كمية الطعام المستهلكة، وأصبحت المعززات (راديو، تلفزيون، فوتوغراف (الحاكي)، كحوافز إضافية (Additional Incentives)

فشلت المريضة في تحقيق الإستجابة المطلوبة، ولم يكن بمقدور المعالج عمل شيء يؤدي إلىٰ سرورها، وتمَّ انتظار الفرصة التالية لتناول الطعام، وتمَّ تقديم أشكال أخرىٰ من المكافأة مثل تناول الطعام مع مرضىٰ آخرين، والتمتع في المشي مع بعض، واستقبال الزوار، وبعد مضي شهرين علىٰ العلاج إزداد وزن المريضة وأصبحت حالتها مُرْضية، وخرجت من المستشفىٰ وقد زاد وزنها حوالي (١٤) رطلاً علاوة علىٰ وزنها الأصلي، وكانت المشكلة القائمة كيف يمكن متابعة هذا التحسّن خارج المستشفىٰ. وقد سعت أسرة المريضة إلىٰ التعاون من أجل تطبيق ما أمكن من النظام المتبع في المستشفىٰ، وقد أصبحت المريضة تزن في نهاية مرحلة الإشراف حوالي (٨٨) رطلاً، وكانت أحسن حالاً، وخاصة من حيث المظهر الخارجي ومن حيث النشاط الإجتماعي، وتبين من متابعة المريضة لأشهر بعد ذلك أنها أصبحت ناجحة وظيفياً، وداخل عملها، وكانت تشعر بالراحة، وبالرغم من أنها كانت نحيلة لحد ما إلاّ أنها لم تفقد شيئاً من وزنها الجديد.

يظهر لنا من هذه الحالة التي يمكن أن يعوّل عليها ضرورة أن يكون المعالج بارعاً في إستخدامه للحوافز الإيجابية (المعززات)، وكيف أن عليه إختيار المعززات المقبولة أو المؤثرة لدىٰ المريض (إن هذه المريضة لم تهتم بالحوافز المادية مثل الراديو، والتلفزيون... وإنما استجابت للحوافز الإنسانية والإجتماعية).

من ناحية أخرىٰ وجد أنه من الضروري وضع المريض في ظروف من الحرمان من أجل أن يستمر في محاولاته التي تؤدي إلىٰ المكافآت، إن هذه النقطة تعتبر من النقاط الهامة في العديد من الدراسات حول الإشراط الإجرائي، ثم إن هذه الدراسات تجعلنا نفترض أن أحد العوامل الحاسمة من أجل الحصول علىٰ نتائج فعّالة، تحديد المعززات (المكاسب) التي تجعل الفرد المريض يتمسك بسلوكه الغير متوافق، كما وجدنا في دراسة سابقة حيث كانت الممرضات تلعب دور المعزز (أو المكافأة) في تثبيت السلوك السيء لدىٰ المريض، ومن ثم وضع خطة لإزالة هذه المعززات التي

ساعدت علىٰ جعل المريض يتمسك بإستجابته الغير مرغوب بها (Undesir-able Response)، وبناء عوضاً عن ذلك معززات أخرىٰ ترتبط بالسلوك المرغوب فيه، إن هذه المهمة الأخيرة أكثر صعوبة من المهام التي أشرنا إليها في السابق.

ومن الطبيعي أن التعميم (Generalization) يلعب دوره في هذا المجال، لقد لوحظ بأن السلوك السوي يقترن بإستجابات محددة، مثلاً إن سلوك تخزين الطعام في الصندوق، وإستجابة تناول الطعام بصحبة الأفراد أدت إلىٰ زيادة في القابلية الإجتماعية، وزيادة النشاط الشخصي للمريض.

ولكن نجهل لحد ما كيف تحدث عملية التعميم، وإلىٰ أي حد تنتشر هذه العملية، وما هي الفعّاليات التي تتضمن ذلك؟، وهل عملية التعميم تؤدي دائماً إلىٰ الأفضل بمعنىٰ السلوك الجيد، أكثر من أن تؤدي إلىٰ اضطراب أو فساد السلوك؟

إن هذه الأسئلة وأسئلة أخرىٰ مشابهة لا يمكننا الإجابة عنها، بالرغم مما نعرفه عن فعالية ودور عملية التعميم، ولكن يبدو لنا أن هناك سلوك واحد محدد يعتمد على صنف أو مجموعة من السلوكات، حيث أن هذا السلوك المحدد (أو الإستجابة المحددة) يمكن أن يكون بمثابة العضو (Member) داخل مجموعة، مثل سلوك المقاتلة الذي يمكن أن يعتبر بدوره عضواً في صنف أوسع منه هو إستجابات تأكيد الذات (Assertive Responses) . . . وهكذا.

ويبدو في الواقع أن جميع الأدلة المتعلقة بنجاحات محددة والتي ترتبط بالإشراط الإجرائي، تشير إلىٰ أن هذه النجاحات المحددة يصحبها تحقيق لذة ما بعد الأداء (post hoc Flavour)، ومن الممكن ملاحظة أن السلوك المعالج المحدد هو بمثابة العضو داخل مجموعة من الإستجابات التعاونية (Cooperative) أو من بعض المجموعات الأخرىٰ للسلوكات المرغوب فيها.

وقد يضطر الباحث أحياناً إلىٰ تعزيز صف من الإستجابات (class of

(Responses)، أي أكثر من إستجابة في وقت واحد، مثلاً في الدراسة التي قام بها كل من أزرين (Azrin)، ولندسلي (Lindsley) عام (١٩٥٦)، وذلك علىٰ عينة من الأطفال اليافعين العاديين طلب منهم إجراء مباراة في اللعب، وهذه المباراة تتطلب منهم جهد تعاوني (Cooperative effort) بين كل طفلين في المجموعة، وهذا الجهد التعاوني يعتمد علىٰ القيام بأداء عمل قبل أن يضاء الضـوء الأحمر، وحيث يقـدم المعـزز (الحلوىٰ)، ومن المؤسف في هـذه الدراسة أنه لم تقم محاولة مسبقة من أجل تقدير مستوىٰ التعاون بين الأطفال خارج موقف التجربة، وبالتالي كان من المستحيل إستنتاج مستوىٰ التعاون بين الأطفال بالمعنى العام والموضح خلال التجربة.

وفي هذه الدراسة حدد مفهوم التعاون من خلال النشاط النسبي المحدد الذي يبزله الطفل للتعاون مع صديقه للحصول علىٰ المعزز، (وبالتالي مقارنة مجموعات الأطفال ببعض وما حصلوا عليه من معززات)، ويمكن أن تنشأ مشكلات إذا كان النشاط الذي يقوم به الطفل خلال المباراة ليس محـدداً بالدقة المطلوبة، والمجرّب يقوم بتعزيز إستجابة محددة دون غيـرها، وفي حالة تعدد الإستجابات يصعب الحكم علىٰ أي من الإستجابات مطلوبة وأي منها غير ذلك، وأي منها عدائية (Hostile Response)، أو غير عدائية، مشرِّفة (Honest) أو استجابة تعاونية أو غيـر ذلك. . . إن وجـود الفرد في مـوقف يتطلب منه القيام بإستجابات حرّة يمكن أن يؤدي إلىٰ بعض القضايا، وحيث يسمح للإستجابات أن تحدث بدون أية محاولة لهندسة مظهرها الخـارجي (Engineer their appearance).

مثلاً إن المحاولات لتوظيف الإشراط اللفظي أثناء سير محادثـة حرّة يمثل صعوبة بكل معنىٰ الكلمة، ومن الدراسات الهامة التي قام بها كراسنر (Krasner) عام (١٩٦٤) بهدف إختبـار أثر عمليـة التعميم، الدراسـة التي أجراها علىٰ عينة من النساء طبق عليهم إستفتاء طبيّ من أجل إحداث تعديل في إتجاهاتهن نحو الإتجاه المفضل الذي يتعلق بعلم الطب، وأراد بعد ذلك ملاحظة فيما إذا كان أم لم يكن مستوىٰ الإنجاز لديهنّ وبالنسبة للإختبـار

الطبّي (القبض بشدة، والإستمرار في عملية القبض)، يعتمد أو لا يعتمد علىٰ عملية الإشراط اللفظي، وبعبارة أخرىٰ إن هذه الدراسة توضح لنا بعض التعميمات التي يمكن أن تحدث من السلوك اللفظي إلىٰ أشكال أخرىٰ من السلوك وبطريقة يمكن التنبؤ بها.

إن التجارب التي أشرنا إليها في هذا الفصل يمكن إستخلاصها أيضاً من دراستين اعتمدتا علىٰ إستخدام الإشراط الإجرائي مع المعززات الموجبة، وعلىٰ حالات من الإضطرابات الخفيفة. ويمكن أن يستفاد من هاتين الدراستين من أجل اكتساب بعض الأفكار أو التصورات عن الشذوذات السلوكية المختلفة التي تجلب الانتباه نحو استخدام مثل هذه الطرائق الإجرائية.

الدراسة الأولى لبيرشارد (Burchard)، وتيلر (Tyler) عام (١٩٦٥)، حيث قاما بإجراء تطبيق أسلوب الإشراط الإجرائي علىٰ حالة ولد عمره ثلاثة عشر عاماً إسمه دوني (Donny) ويعاني من سلوك منحرف، دخل دوني المؤسسة بسبب عدم قدرته علىٰ التحكم في سلوكه العدواني، والأفعال التدميرية، مثل إحراق المباني عمداً (ARSON)، وتكسير الزجاج، والسرقة... وقد فشلت معظم طرائق العلاج في معالجة هذه الحالة، وقد كان من بين هذه الطرائق العلاجية المستخدمة ما يسمىٰ بالعلاج النكوصي (Regressive Therapy)، حيث يتم تشجيع المريض علىٰ أن يسلك تماماً كالطفل الصغير دون خوف أو حرج، ومن ثمة يتعرف علىٰ سلوكه الغريب، ويتم معالجته بكل حرية وتلقائية، وبتحليل عميق لسلوك هذا الطفل تبين أن هذه الأفعال المضادة للمجتمع كان يتمسك بها لأنها تحقق لديه مكافأة مستمرة، وحسب ما أشار الإخصائي كانت تحقق لديه لفت إنتباه الغير، وإعجاب الأولاد الآخرين داخل المؤسسة (وخارجها)، وهكذا...

وقد كان من الواضح أن العلاج سوف يشتمل علىٰ عملية إزالة مصادر هذه الإشباعات، وعمل ترتيبات مضادة بحيث يتم تعزيز السلوك الجيد فقط، وحيث يتم توظيف مجموعة من المكافآت، والعقوبات (punishment)،

وبحيث يكون السلوك المضاد للمجتمع يقود في الحال إلىٰ نقله لغرفة معزولة لفترة من الوقت (علىٰ شكل سجن)، بينما يقدم للمريض وفي كل ساعة يقضيها في عمل جيد قطعة من العملة (التذكارية) (Token)، كمعزز رمزي وبحيث يمكن الإستفادة منها بعدة طرق تكون سارّة له. . . وفي المراحل الأخيرة من العلاج (وكما هو معتاد في هذه الدراسة) أصبحت المتطلبات اللازمة للحصول علىٰ المكافأة أكثر تقدماً وصرامة.

وقد كانت النتائج مشجعة، ومتدرجة، ومستمرة في التحسن وفي انخفاض نسبة تكرار هذه الأفعال العدوانية، وانخفاض في الاهتمام بالسلوك اللا إجتماعي.

ويمكن القول بأن الطفل (دوني) قد تعلم أن يتحكم بدوافعه تحت شروط خاصة، فإذا هو خرج إلىٰ المجتمع فإن المؤسسة تكون قد عملت علىٰ إزالة الأثر المترتب علىٰ السلوك اللا إجتماعي، ويمكن أن نلاحظ بأن تكرار السلوك الجيد يجعل الطفل يتخلص من سجنه ويحصل علىٰ حريته، وفي بعض الحالات يمكن أن ينمّي ذلك لدىٰ الطفل ميل أكبر لارتكاب جرائم أخرىٰ وذلك إذا لم يكن النظام المستخدم لديه قدرة علىٰ إجراء تغيير حقيقي أو أصيل (genuine)، وجعل المريض يميّز بين المكافأة، والعقاب، وبين الوضع داخل السجن، والوضع خارجه.

إن استخدام الأساليب الإجرائية في علاج حالات مشابهة، هي ببساطة عبارة عن تلخيص أو إعادة مختصرة للدراسات التي قامت بهذا الشأن، وللقواعد المستمدة منها، وهي التي تمثل لب الحقيقة (Kernel of truth).

والواقع أن هناك مشكلات لأطفال ترجع إلىٰ الأساليب التربوية الإجرائية للآباء، وعلىٰ المؤسسات التعاون مع الآباء في ضبط سلوك أطفالهم، وحيث أن طرائق الإشراط الإجرائي تبدو أكثر تنظيماً وفائدة، وأكثر قوة ونشاطاً من الناحية التطبيقية، وبالتالي يمكنها أن تؤدي إلىٰ نتائج أفضل

لا يمكن الحصول عليها بالطرائق الأخرىٰ.

ومن المفيد الإشارة إلىٰ دراسة هارت وآخرون (Hart et al) (١٩٦٤)، والتي توضح بعض المساهمات المتعلقة بالإشراط الإجرائي، والتي استهدفت توليد القدرة علىٰ التحكم في إضطراب يبدو لنا أنه بسيط جداً.

وموضوع هذه الدراسة طفلين في عمر الأربع سنوات في رياض الأطفال هما بل (Bill)، وألين (Alan)، ظهر عليهما ميل مفرط نحو الصراخ والبكاء، ولقد قرر هارت وزملاؤه أن هذا السلوك هو سلوك إجرائي يعتمد عليه الطفل من أجل التأثير علىٰ محيطه الإجتماعي (الآخرين)، وهذا ما أكدّ عليه ملاحظة المعلمة بأن هؤلاء الأطفال يحاولون وبشكل نمطي (typically) لفت نظر الكبار (Caught the eye) المرافقين لهم، وذلك قبل صراخهم، ثم يبدأ الصراخ لديهم ويزداد في حجمه إلى أن يتم لفت نظر الآخرين إليهم، وكان النمو الجسمي لكلا الطفلين حسناً، ومستوىٰ الذكاء فوق المتوسط، ولكن استجاباتهم كانت قاصرة جداً، وتافهة لدرجة الإحباط، ولدرجة يمكن أن توصف ولحد بعيد أنها استجابات طفلية بالنسبة لأعمارهم، وفي رأي المعلمين أن الطفلين سيستفيدان إذا انخفضت لديهم النزعة إلىٰ الإنفجار في البكاء والصراخ إلىٰ الحد الأدنىٰ.

ومرة أخرىٰ تقرر إستخدام طريقة عدم تعزيز سلوك الصراخ، واستخدام المكافأة عندما لا يحدث هذا السلوك، ومن ناحية عملية يعني ذلك تجاهل سلوك الصراخ عن طريق التظاهر باللامبالاة الكليّة، بينما أي سلوك يعتبر مناسباً فإنه سيتعزز عن طريق الإهتمام وتركيز الإنتباه، وقد كانت نتيجة اتباع هذا النظام أنه أمكن خلال أسبوع واحد إختفاء سلوك الصراخ لدىٰ الطفلين.

إن إعادة النظر في هذه الدراسة يمدّنا بصورة عن الأساليب الإجرائية، وكما رأينا فإن النتائج مشجعة.

من ناحية أخرىٰ تشير الدراسات حول مرضىٰ الذهان أن لهذه الطريقة أهمية خاصة، وهناك مبررات للإعتقاد بأن بعض أشكال السلوك لدىٰ المرضىٰ هي سلوكات

إجرائية كما هو الحال في صراخ الطفلين بل، وألين، وبالإضافة لذلك يمكن النظر في حقيقة أن السلوك يمكن أن يتعدّل (Modified) عن طريق تعديل الإمكانيات والشروط المتوفرة، وهذا دليل علىٰ أن السلوك الغير متوافق نتج عن (Resulted) عمليات إشراطية محددة، ويستدل علىٰ ذلك من نفس الحالات وحيث تتاح الفرصة للإستجابات السوية من أجل أن تنمو، وعلىٰ أساس أن قائمة المعززات تتحقق عن طريق تحقيق إنجازات هي بمثابة متطلبات سابقة للمكافأة وتؤدي إليها. بينما العقوبة تؤدي إلىٰ تشويه (Distorted) أثر المكافأة، التي تترتب علىٰ الإستجابة الغير سويّة، وربما كانت النتائج المدهشة التي يمكن ملاحظتها من خلال الإشراط الإجرائي وخاصة من الناحية التطبيقية ترجع إلىٰ هذه الأساليب البسيطة التي تؤدي إلىٰ تغييرات كبيرة في السلوك.

أما عن معرفة فيما إذا كان السلوك المنجز (السوي) يمكن أن يستمر ويتعمم إلىٰ وظائف سلوكية أخرىٰ فهذا ما زال موضع شك، كما أن هناك شك حول قدرة المريض علىٰ التمييز بين مواقف الحياة الحقيقية الواقعية، ومواقف الإختبارات أو التجريب، وكذلك الدور الذي يمكن للغة، أو للمفاهيم الفكرية أن تلعبه في الوصول للنتائج.

من ناحية أخرىٰ فبالرغم من بعض الصعوبات والمشكلات المتعلقة بالإشراط الإجرائي فإن ما يتصف به هذا الشكل من العلاج من بساطة، ومن توجيه مباشر ومن نتائج مشجعة، يعتبر من الوسائل الهامة، بالرغم من التاريخ القصير للإشراط الإجرائي العلاجي، هذا وقد ساهم الإشراط الإجرائي ليس فقط في مجال العلاج ولكن في إثارة الكثير من الإستفسارات حول الآراء القديمة المتعلقة بالإضطراب النفسي، وعلىٰ كل حال إن القيمة التامة لهذا الشكل من العلاج يمكن تقييمه بشكل أفضل من خلال دراسات وتجارب أخرىٰ.

الفصل الرابع عشر

الاشراط الاجرائي بواسطة الحوافز السلبية

(Operant Conditioning With Negative Incentives)

الاشراط الاجرائي بواسطة الحوافز السلبية

(OPERANT CONDITIONING WITH NEGATIVE INCENTIVES)

(ديكي) (Dicky) طفل ذهاني (مريض عقلياً) عمره ثلاث سنوات ونصف، أُحضر إلىٰ العيادة بسبب مشكلة علىٰ مستوىٰ من الأهمية تتعلق بتقلباته المزاجية الحادة، وبنوبات الغضب التي تؤدي به إلىٰ الإتشاح بالسواد، والزرقة، وإلىٰ الإستدماء (Bleeding)، إنه يرفض النوم في سريره بدون صحبة أحد والديه، كما أنه لا يتناول الطعام بشكل عادي، نموّه العقلي والإجتماعي ضعيف جداً، وهو يعاني من نقص شديد في الإبصار، لدرجة يمكن القول بأنه في حاجة إلى استخدام نظارات غليظة، وأنه سيصبح أعمىٰ جزئياً، وكان هذا الطفل يرفض القيام بأي عمل، وقد قرز وولف وزملاؤه (Wolfe and Colleagues) عام (١٩٦٤) بأن حالة الطفل (دكي) تتطلب دخوله المستشفىٰ وقبل أن تتطور حالته ومن أجل وضع سلوكاته الممزقة (disruptive) تحت الضبط والتحكم، وقد اتخذت الإجراءات التالية لمواجهة حالة نوبات الغضب (tantrums)، والمزاج الحاد المتقلب. من هذه الإجراءات يتم وضع الطفل (دكي) داخل غرفة ويغلق عليه الباب كلّما حدث السلوك المضطرب لديه، كما أن غياب هذا السلوك، أو حدوث السلوك الجيد يؤدي إلىٰ خروج الطفل دكي من الغرفة وتحرره من ذلك.

وبهذا الشكل يكون المزاج الغضبي يؤدي بالطفل إلىٰ العقوبة، بينما السلوك السوي يؤدي به إلىٰ المكافأة (التحرر من الغرفة والإتصال

بالآخرين). . . إلخ، وبالرغم من تكرار هذه الإجراءات فقد بقي الطفل سيء السلوك، وقد حاول الباحثون مواجهة هذا السلوك بشتىٰ الطرق، وقد لاحظوا علىٰ سبيل المثال أن مصاحبة دكي إلىٰ الغرفة من قبل أفراد الحراسة (Attendantd exorting) كان يتبعها مزاج من النوع الهادىء، الذي يشوبه الود، والأسف، . . . وتبين أن هذا السلوك (سلوك ذهاب الطفل إلىٰ الغرفة) كان يعزز إيجابياً بالمكافأة (لفت نظر أفراد الحراسة وإهتمامهم به) بالإضافة ألىٰ العقوبة، وهذا ما تطلب إجراء تطبيقات صارمة لمبادىء العقاب بحيث يمكن تحقيق نتائج إيجابية، وبحيث يختفي سلوك إيذاء النفس (Self destructive) الحاد تماماً لدىٰ الطفل.

ومرّة أخرىٰ يمكن أن ينظر إلىٰ هذه الإجراءات أو الطرائق من قبل الإنسان العادي علىٰ أنها طرائق بسيطة، أو سهلة التطبيق، وأن هناك فرقاً حقيقياً بين ما نقول عنه أنه علاج، وبين هذه الطرائق التي تعتمد علىٰ نوع من الإحساس العام الذي يمر به كل إنسان، ولكن الآباء يحاولون ويجدون صعوبة في استخدام العقوبة، أو المكافئة بهدف تعديل سلوك أطفالهم، ودون تحقيق أي نجاح.

والسؤال الذي يتبادر إلىٰ الأذهان، لماذا يكون أو لا يكون للعقوبة أحياناً تأثير لدىٰ الآخرين؟ وللإجابة عن ذلك نجد أن الدراسات ترىٰ في مثل هذه الحالات أن المعزز سواء أكان سالباً، أو موجباً لم يطبق بالشدّة المطلوبة، أو أن هذه المعززات تنظّم بشكل يفقدها الأثر المطلوب منها، كأن تقدم بعد فترة طويلة من الزمن. . .

والواقع أن جوهر الإشراط الإجرائي يبدو أحياناً أنه يعتمد علىٰ تكريس شيء من الجهد من أجل تطبيق هذه المبادىء، كما أن الآباء والآخرين كثيراً ما يواجَهوا بمشكلات ذات طبيعة فنية بهدف تحقيق شيء من الضبط والتحكم.

وعلىٰ سبيل المثال: يجب الأخذ بعين الاعتبار المهارة والخبرة التي

يمكن أن تكون ضرورية من أجل إزالة المكافآت (المكاسب) التي تساند (Sustaining) بعض السلوكات الغير مرغوب فيها، كما تكون هذه المهارة والخبرة ضرورية من أجل تدعيم السلوك المرغوب فيه، ونادراً ما يمكن تحقيق عملية ضبط السلوك بشكل تام من قبل الآباء، أو باستخدام أساليب أخرىٰ، ويمكن للآباء أن يتذكرو كيف أنهم غالباً ما ينقضّون (pounces) علىٰ الطفل لإبعاده ولفترة من الزمن عن سلوكه الغير سوي، وبالإضافة لذلك قد يكون هناك خلاف بين الوالدين حول فيما إذا كانت العقوبة أو المكافأة مناسبة للموقف أم لا، . . . ومن الواضح أن هناك إمكانيات للعلاج أكبر بكثير مما هي موجودة لدىٰ الآباء (parenthood).

إن إستخدام المعززات السالبة لقي شيئاً من الإنتباه في الفصل رقم (١١)، والفصل رقم (١٢)، ويمكن أن نأخذ بعين الإعتبار بعض هذه الأمثلة التي وردت في هذه الفصول السابقة، وكتوضيحات للإشراط الإجرائي.

ومن ناحية أخرىٰ نلاحظ أن ما يسمىٰ بالعلاج التكريهي أو العلاج المنفرّ (Aversion Therapy)، يتضمن علاوة علىٰ مبادىء الإشراط الإجرائي بعض نماذج الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning) لإيفان بافلوف، وعملية التمييز بين الإشراط الإجرائي، والإشراط الكلاسيكي قد تبدو لنا قاصرة، ولكن هناك مبررات هامة تجعلنا نميّز بين إجراءات الإشراط الإجرائي والكلاسيكي.

والواقع أن الإشراط الكلاسيكي كمصطلح يستخدم لوصف موقف حيث يكون المثير يستخدم ليستجر إستجابة ما (مثل صدمة الكهرباء التي توجه إلىٰ قدم الكلب من أجل الوصول إلىٰ إستجابة رفع القدم). (Lifting the paw)، لهذا فإن السلوك المرغوب به يحدث، لذا فإن محاولات المجرّب تبزل من أجل تشكيل إرتباطات بين بعض المثيرات الجديدة مثل (صوت أو نغمة معينة a tone) وبين إستجابة رفع قدم الحيوان، وبشكل رئيسي فإن طريقة الإشراط الكلاسيكي تتضمن توظيف المثير بحيث يؤدي إلىٰ رد الفعل المرغوب فيه.

من ناحية أخرىٰ فإن الإشـراط الوسيلي أو الأدائي (Instrumental) أوْ الإجرائي كما يسمّىٰ يعتمد علىٰ أن يقوم الفرد بالإستجابة المطلوبة الصحيحة (سواء بشكل عَرَضي أو عن طريق التخطيط والتصميم)، أو يقوم بمجموعة استجابات من ذخيـرته (Repertoire)، وذلـك قبل الحصـول علىٰ المعزز. وبكلمة أخرىٰ في الإجـراءات الإجرائيـة نجد أن بعض فعـاليات الحيـوان (إستجاباته) (وليس المجرِّب)، هي الـوسيلة للحصول علىٰ المكـافأة مثـل النجاة من العقوبة. . . إلخ.

هاتان طريقتان يبـدو أنهما متمـاثلتان، وبمعنىٰ أنهمـا تمثلان طـرائق بسيـطة من عملية التعلم. . . وبحيث تكـون هناك إستجـابة محـددة لمثيـر محدد، ولكن علماء النفس لا يوافقون من وجهة نظرهم علىٰ أن تكون هذه الطرائق متشابهة، وهم يرون بأنها تُمثل نماذج مختلفة لعملية التعلم، والواقع أن لكل طريقة خصائص فردية متميّزة، وليس من السهل إختبار ذلك بشكل أنموذجي أو مثالي، إن معـظم تجارب الإشـراط تتضمن وبشكل لا يمكن تجنبـه (Inevitably) بعض من الإشـراط الكـلاسيكي، والبعض الآخـر من الإشراط الإجرائي، ويمكن ملاحظة هذا التركيب من هاتين الطريقتين خلال التجارب العلاجية وخاصة عندما نجد أن هناك إستجابة معينة أرغم عليهـا المريض وعوقب من أجلها.

وبالرغم من التشابهات بين إتجاه الإشراط الكـلاسيكي، وبين إتجاه الإشراط الإجرائي، وبالرغم من أن بعض الـدراسات تؤكـد علىٰ الإشراط الكلاسيكي، والبعض الآخر يؤكد علىٰ الإشراط الإجرائي، فإن هناك إمكانية للتمييز بين هذه الإتجاهات أو الدراسات المرتبطة بذلك، وتاريخياً يبدو لنا بأن التأكيد علىٰ الإشراط الكـلاسيكي إرتبط بالـدراسات المبكـرّة المتعلقة بالتدريب المنفّر كما في علاج الكحولية (الإدمان علىٰ الكحول) حيث نجد إستجابة التقّيؤ (Vomiting) التي تحدث بواسطة عقار مُقيِّء (Emetic drug)، بينما معظم الدراسات الحديثة تميل إلىٰ التأكيـد علىٰ الطرائق الإجـرائية. وربما يكون من أهم النقاط الواجب الإشارة إليها قبـل المضي في عرض

النتائج التطبيقية للتعزيز السلبي في مجال الإشراط الإجرائي، أن الدراسات في مجال الإشراط الإجرائي قليلة، وإن معظم الأمثلة التطبيقية الواردة في هذا المجال تدور حول إزالة أثر العقاب، أو الهرب من العقوبة، ومعظم الباحثين يرون أن هذه الدراسات يجب أن تأخذ بعين الاعتبار دور بعض المعززات الإيجابية، والتي تؤدي إلىٰ إستجابات متوافقة.

إن أهم الفروق بين طرائق الإشراط الكلاسيكي، وطرائق الإشراط الإجرائي لدى (سكنر) هي: ما يلي:

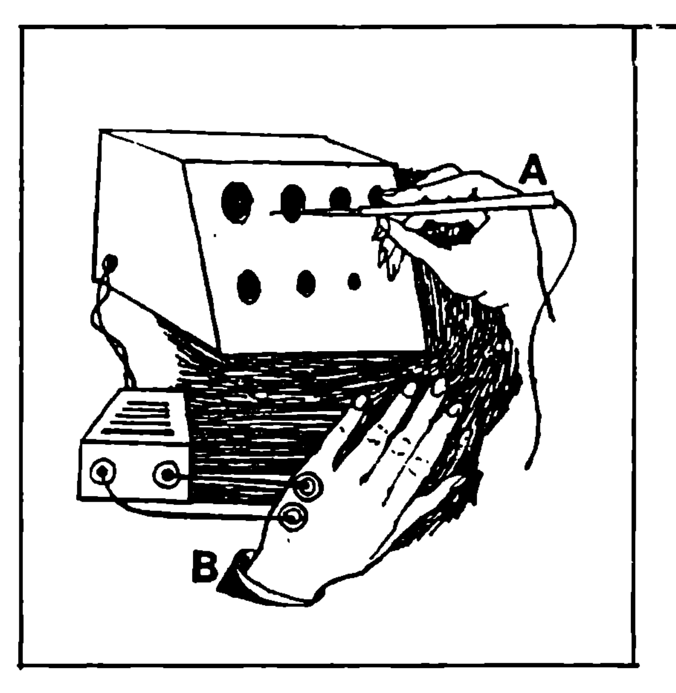
الإشراط الكلاسيكلي (بافلوف)	الإشراط الإجرائي (سكنر)
١ - مثير معين يؤدي إلى استجابة معينة (طعام ← سيلان اللعاب)	١ - لا يشترط في الاستجابة أن تعتمد علىٰ مثير معين.
٢ - لا إستجابة دون مثير أو حافز	٢ - حدوث الإستجابة المطلوبة يؤدي إلى المعزز
٣ - إبدال مثير بآخر (طعام، صوت، ضوء. . .) للحصول على نفس الاستجابة	٣ - التنبؤ يعتمد علىٰ مجموعة استجابات وليس استجابة واحدة
٤ - المثير الشرطي يعتمد علىٰ مثير غير شرطي يرتبط بالنواحي العضوية	٤ - الاستجابة أكثر إحتمالاً للظهور
٥ - يتم التنبؤ بأن استجابة مماثلة ستحدث في المستقبل	٥ - الاستجابة تكون من أجل إشباع حاجة، خفض توتر أو تجنب مثير مؤذي.

إن واحدة من بين الدراسات القليلة التي تضمنت استخدام العقاب بشكل أكثر وضوحاً نسبياً هي الدراسة التي قام بها كل من سلفستر (sylvester) ولفرسدج (Liversedge) عام (١٩٦٠)، وذلك على عينة من (٣٩) حالة تعاني من مشكلة إعتقال (أو تشنج Cramp) يد الكاتب، (أو يد الطابع على الآلة الكاتبة)، وإستخدما في هذه الدراسة بعض طرائق العقاب مثل الصدمة الكهربائية التي تطبّق في حالة حدوث الإستجابة الغير تكيّفية، وفي حالة إعتقال يد الكاتب (Writer's Cramp).

على سبيل المثال: فإن أي تحليل لهذا السلوك يكشف عن وجود جانبين متميّزين من الشذوذات هما الإرتعاشات (أو الإهتزازات Tremors)، والتقلصات (العضلية) (Spasms)، ويبدو من الضروري مواجهة كل من هذه الشذوذات بشكل مستقل عن الآخر، أما بالنسبة لمعالجة الإرتعاشات فقد أستعين بجهاز مكوّن من صفيحة معدنية عليها خطوط مكوّنة من ثقوب ذات أقطار مختلفة، ويطلب من المريض أن يدخل قلماً خاصاً (معدنياً) في كل ثقب من هذه الثقوب، بدءاً من الثقوب الكبيرة وحتىٰ الثقوب الصغيرة، والجهاز مصمم بحيث أي ارتعاش في اليد، أو أي درجة من عدم الإستقرار (Unsteadiness) سيؤدي بالقلم إلىٰ الإحتكاك بحافة الصفيحة المعدينة، وبالتالي إغلاق الدارة الكهربائية، وتلقي المريض صدمة كهربائية علىٰ يده التي لا يستطيع الكتابة بها (patient's non Writing hand)، وفي هذه الطريقة نجد أن الصدمات الكهربائية تصاحب الإستجابات الغير متوافقة (الإرتعاشات) وبحيث يؤدي ذلك إلى النتيجة التالية:

١ ـ إرتعاش اليد يؤدي إلىٰ حدوث صدمة كهربائية علىٰ اليد.

٢ ـ عدم الإرتعاش وثبات اليد يؤدي إلىٰ الهروب من الصدمة وتحقيق الراحة.



شكل رقم (٦)

(جهاز للتحكم بإرتعاشات اليد، ويلاحظ قلم معدني (A) يوضع وبشيء من الثبات قدر المستطاع داخل الثقب، وإن أي إهتزاز سيؤدي بالقلم إلىٰ ملامسة الصفيحة المعدنية، وإغلاق الدارة، وحدوث صدمة كهربائية عبر الأقطاب المتصلة باليد (B)).

ونلاحظ أن استقرار اليد والتحكم فيها سيؤدي إلىٰ تجنب الصدمة، وعندما يتمكن المريض من تحقيق السيطرة علىٰ وضع القلم في الثقوب الكبيرة فإنه يحاول زيادة قدرته علىٰ التحكم في الثقوب الأخرىٰ ذات الحجم الصغير.

أما الجزء الآخر من الجهاز فهو مصمم لمواجهة حالة التشنج (التقلص)، وحالة الإرتعاشات معاً، ويتكوّن هذا الجزء من رقاقة معدنية ملحق عليها شريط من البلاستيك (المشمّع) (Strip of PVC) (وهي مادة غير نافذة وعازلة للكهرباء) وبشكل يشبه نظام الكتابة (Contours of Writing)، وبحيث أي محاولة أو ميل (لدىٰ المريض) نحو الإنزلاق عن ممر هذا الشريط

(The PVC pathway) فإن عملية الكتابة ستترك أثراً بواسطة القلم المعدني الذي يؤدي وبصورة آلية إلىٰ حدوث الصدمة الكهربائية علىٰ النحو الذي أشرنا إليه سابقاً.

ويأمل الباحثون بأن المريض بواسطة هذه الطرائق سيتعلم التحكم في كل من الإرتعاشات، والتشنجات وذلك في موقف قريب من مواقف الكتابة (Near Writing Situation)، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن أنماط التشنجات تتطلب وبوضوح بعض الإعتبارات الخاصة، مثلاً إن تشنج إبهام اليد (The thumb) الذي يترتب عليه ضغط غير ملائم (undue pressure) علىٰ عمود القلم يعالج بطريقة تعتمد علىٰ ربط القلم بنابض بحيث أي ضغط بالإبهام علىٰ القلم (أو أي تشنج) يؤدي إلىٰ إغلاق الدارة وحدوث صدمة كهربائية علىٰ اليد.

إن هذه الطرائق التي تؤدي إلىٰ إحتمال حدوث مثير مؤلم للفرد (الصدمة) وذلك كلما ظهرت الحركات الغير توافقية، تعتبر طرائق ناجحة لحد بعيد حيث أن (٢٩) حالة من أصل (٣٩) حالة خضعت للعلاج قد أظهرت تحسناً أو شفاءً تاماً، واعتبرت هذه الحالات قد عولجت تماماً، وخمسة من هؤلاء المرضىٰ انتكست حالتهم، أمّا الباقي فقد بدا عليهم التحسّن من خلال المتابعة، وبالرغم من أن بعض هؤلاء يعملون في وظائف تتطلب منهم الكتابة لبعض الوقت، وبالرغم من أن نسبة الشفاء إلىٰ نسبة الفشل كانت مرضية جداً، إلّا أن سلفستر، وليفرسدج حاولا حصر حالات النجاح الغير تامّة لمعرفة خصائص هذه الحالات، وتبيّن لهما من البحث ما يلي:

أولاً : يبدو بأن الحالات التي فشلت في الإستجابة (الحسنة) للعلاج أنها حالات تعتبر من الناحية النفسية شاذة (وذلك بشكل ما علاوة على العَرَض الذي تعاني منه هذه الحالات)، ومن السمات العريضة التي بدت علىٰ هذه الحالات أنهم يعانون من مستوىٰ مرتفع من القلق (High Level anxiety)، وسوف نشير إلىٰ أثر هذه

النقطة وبشيء من الإيجاز في نهاية هذا الفصل.

ثانياً : كما لوحظ علىٰ هذه الحالات الفاشلة أنها كانت قد عانت من هذه الصعوبة لفترة طويلة من الزمن، أكبر من الحالات التي استجابت للعلاج. ويرىٰ سلفستر، ولفرسدج أن استمرار الإضطراب لفترة طويلة من الزمن أدىٰ إلىٰ تعميم ذلك إلىٰ كافة مجالات القلق التي يعاني منها هؤلاء، مما أدىٰ بدوره إلىٰ استفحال حالة الإرتعاش، والتشنج لدىٰ المريض.

ثالثا : يرىٰ أيضاً سلفستر، ولفرسدج بأنه في بعض الطرائق تبدو الأساليب العلاجية المستخدمة غير كافية، أو غير مناسبة لمعالجة تقلبات الأعراض التي توجد في الوقت الحاضر، سواء من حيث حدوث شيء من التأخير في تقديم الصدمة بعد حدوث حالة التشنج، أو لسبب آخر.

والواقع أن العلاقة بين وجود القلق والفشل في الإستجابة إلىٰ العقوبة قد لوحظت من قبل مؤلف هذا الكتاب عام (١٩٦٠)، وقد بنىٰ الكاتب إقتراحه علىٰ نفس القاعدة التي اعتمد عليها كل من سلفستر، ولفرسدج، في طرائقهما لعلاج حالات تشنّج يد الكاتب، وهو يرىٰ (أي المؤلف) بأن أي سلوك ساهم به القلق يمكن أن يتطور بسبب الظروف الحادة التي تساهم في وجود مستوىً مرتفع من القلق.

وبمعنىً آخر إذا كان القلق مسئولاً جزئياً في إنتاج العَرَض، ولنقل تشنّج يد الكاتب فإن الصدمة الكهربائية ستؤدي إلىٰ زيادة حالة القلق، ويمكن أن يترتب علىٰ ذلك أشياء أسوأ.

علىٰ سبيل المثال، في دراسة من الدراسات عولج أحد المرضى بواسطة قلم خاص كنّا قد وصفناه سابقاً، وبعد فترة ثلاثة أسابيع من العلاج شوهد لديه زيادة مكثّفة في عدد الضغوط (Excessive pressures) من (٤٨) إلىٰ (١٣٢) ضغطة، وهذه النتيجة تجعلنا نرىٰ وبشدة كيف أن العقوبة في

بعض الحالات تؤدي إلىٰ أشياء سيئة، أكثر مما تؤدي إلىٰ أشياء حسنة، ووفقاً لذلك فإن نظام العلاج لدىٰ هذا المريض قد تغيّر إلىٰ طريقة الكف بالنقيض (Reciprocal inhibition approach)، إن هذه الإعتبارات المتطورة أدّت إلىٰ إستخدام هذا الإتجاه البديل للعلاج، وهذه النتائج أظهرت بعض القضايا الهامة المتعلقة بمبادىء إستخدام العقاب، من هذه القضايا مثلاً هل حالة وجود القلق لدىٰ المريض تعتبر مؤشراً مضاداً وقوياً لإستخدام المعزز السلبي؟ وإذا كان ذلك صحيحاً بوجه عام، فإن العديد من الإضطرابات النفسية ستعتبر خارج إطار هذا الشكل من العلاج، ويبقىٰ أن المعزز السلبي لا يمكن في الواقع تطبيقه إلاّ علىٰ الأشخاص الأسوياء الذين يعانون من عادات سيئة وكمضاد (أي المعزز السلبي) لهذه العادات.

ولفرستر (Ferster) عام (١٩٥٨) رأي ضد إستخدام العقوبة (Against puni shment) من حيث أنها واسطة فعّالة للوصول إلىٰ تغيّر أو تعديل في السلوك، وبالرغم من أنه لا يكره عدم الإستمرار في تقديم المعزز الإيجابي وعلىٰ أساس أن المعزز الإيجابي يتيح الفرصة إلىٰ سلوكات أخرىٰ متوافقة للظهور، حيث يمكن مكافأتها وبالتالي تشجيعها علىٰ الظهور، فإنه يرىٰ بأن العقوبة المباشرة تميل إلىٰ أن تؤدي وبشكل مؤقت إلىٰ منع السلوك من الظهور، كما أن سحب العقوبة من المحتمل أن تؤدي وببساطة إلىٰ تحرير السلوك مرّة أخرىٰ، وإلىٰ نفس السلوك الذي لم يتغيّر باستخدام العقوبة.

والنقطة الهامة التي يؤكد عليها (فرستر) هي إيجاد مواقف بحيث تساعد علىٰ إضعاف السلوك الغير مرغوب فيه، وليس فقط إعاقة هذا السلوك، ومثل هذه المواقف يمكن تحقيقها عن طريق نقل الفرد من الموقف الذي يؤدي به إلىٰ التعزيز الإيجابي للسلوك الغير متوافق (أي سحب المكاسب التي يحققها المريض من سلوكه الغير سوي) وبمعنىٰ أن كلتا الطريقتين هي أشكال من التحكم بالسلوك عن طريق التعزيز السلبي (طريقة توجيه صدمة كهربائية مباشرة، وطريقة سحب المعزز الإيجابي) ولكن واحدة من هذه الطرق توفر ظروف أكثر مناسبة من أجل تعديل السلوك، ويرىٰ فرستر بأن العقاب يمكن

أن يؤدي في بعض الحالات إلىٰ مضاعفات غير مرغوب فيها، تؤدي إلىٰ تمزيق السلوك كما تؤدي إلىٰ شيء بسيط، أولاً شيء نهائياً من حيث قدرتنا علىٰ تعديل الإستجابة الغير متوافقة، كما أن ذلك يحد من قدرة الفرد علىٰ إكتساب ردود أفعال جديدة وأكثر ملائمة، ويظهر لنا من خلال طريقة الصدمة الكهربائية للمرضىٰ الذين يعانون من تشنج اليد وعدم القدرة علىٰ الكتابة، أن هذه الطريقة يمكن بشكل عام أن تؤدي إلىٰ نتائج أكثر تفككاً، أكثر مما تؤدي إلىٰ نتائج أكثر ضبطاً وتحكماً.

لهذا فإن فرستر يميل أكثر إلىٰ التأكيد على القيمة الكبيرة للتعزيز الإيجابي وخاصة إذا تمَّ إستخدام الوسائل الإجتماعية (social agencies)، كما أنه يرىٰ بأن معظم المعززات الإنسانية تعمل عملها من خلال الأنظمة الإجتماعية (والعلاقات الشخصية الموقفية)، وتطبيقاتها من حيث أنها أكثر عادية، وأكثر تأثيراً، وأسهل من إستخدام القوىٰ (أو المؤثرات) البيولوجية (biological forces) من حيث إمكانية توظيفها، ويمكن القول بأن (فرستر) يفكّر بأثر المكافآت الإجتماعية أكثر من التفكير بالعقوبات، مثل المديح، والثناء، والإحترام، وعاطفة الحب والحنان، (affection)، والتقبل... ولكنه لا يهمل أحياناً (not discount) إستخدام العقاب الإجتماعي مثل الغرامات (fines)، والنقد (cristicism)، والحجز... وإن صدق وجهات النظر هذه يجب أن تحدد بواسطة التجربة، وبواسطة إجراء مقارنات حول فعاليات الطرق التي تستخدم المعززات الإجتماعية، والمعززات البيولوجية، كما هو الحال في التجارب التي تهدف إلىٰ التحكّم بالجنسية المثلية (Homosexuality)، ومن الطبيعي أن المشكلة الأساسية لمعظم المعززات الإجتماعية هي أنه يصعب تحديدها بدقة، أو ضبطها بطريقة متقنة ومحددة، (ما هو المديح علىٰ سبيل المثال؟)، ومع ذلك فإنه من الواضح أنه يمكن الإعتماد علىٰ هذه المعززات بشكل أكبر بكثير مما أشرنا إليه في الحالات السابقة.

إن الإستخدام الناجح للمثير المنفّر قد أشير إليه أيضاً وبشكل ملفت

للنظر من قبل هيكل (Heckel) وآخرون عام (١٩٦٢)، حيث كانت المشكلة التي يقومون بعلاجها هي إزالة حالة الصمت (أو قلة الكلام) لدىٰ جماعة من المرضىٰ يخضعون للعلاج النفسي الجماعي (Group psychotherapy)، وخاصة خلال الفترة النشطة في بداية كل جلسة علاجية (Therapeutic session)، ومن الطبيعي أن يكون هناك وجهتي نظر حول قيمة الصمت أو قلة الكلام.

الوجهة الأولىٰ وتتعلق بفعالية العلاج حيث أن قلة الكلام يعني عدم حدوث العلاج.

الوجهة الثانية ترىٰ بأن حالة الصمت أو قلة الكلام لها قيمة بالنسبة للعديد من المواقف التي نحتاج فيها إلىٰ الصمت، والهدوء، . . . وعلىٰ كل حال يبدوا لنا بأن وجهة النظر الأولىٰ مقبولة ومنطقية لذلك من المناسب العمل علىٰ إزالة هذه الحالات من الصمت قدر المستطاع.

وقد اتخذت بهذا الصدد الإجراءات التالية:

وضع الأفراد الذين هم موضوع التجربة (المرضىٰ الذين يستمرون في العلاج النفسي الجماعي) داخل غرفة مكيّفة ومزودة بعازل للصوت (soundproofed)، وبحيث يمكن تقديم صوت مزعج عندما تستمر حالة الصمت لدىٰ المرضىٰ لأكثر من عشر ثوانٍ، ويستمر المنبه الصوتي المزعج حتىٰ يبدأ بعض أعضاء المجموعة بالتحدث والكلام، ومرّة أخرىٰ نجد في هذه التجربة إستخدام الصوت المزعج أو المنفّر كوسيلة عقاب، يحتمل حدوثها مع الإستجابة الغير مرغوب فيها (الصمت)، بينما يكون الهروب من العقوبة عن طريق السلوك المناسب (الكلام)، ومن المهم ملاحظة أن أفراد التجربة لم يخبروا بأي شيء يتعلق بهدف التجربة، وإن أي إستفسار حول الصوت المزعج يجاب عليه بإخبار المريض بأن هذا الصوت ناتج عن عطب في جهاز التسجيل، وقبل تطبيق هذه الإجراءات يجب تقدير متوسط تكرار فترات الصمت، والوقت المستغرق في ذلك بالمتوسط (Average)، ومعرفة

فيما إذا كانت فترات الصمت أكبر من فترة سير العلاج، وقد تبيّن أن النزعة للكلام لدىٰ هؤلاء المرضىٰ تظهر بشكل تدريجي وحتىٰ بعد إزالة الشروط المزعجة للفرد، وأنه بالإمكان إحداث بعض التغييرات الدائمة، أو الشبه دائمة (Semi - Permanent).

من ناحية أخرىٰ إن أحد الأوجه المثيرة للإهتمام في نتائج هذه التجربة، أنه لا أحد من الأفراد المرضىٰ كان يعي نقطة التماس (أو طبيعة العلاقة) بين حالة الصمت، وحالة الصوت المزعج (أو العقاب)، وبالرغم من ذلك فإنه يمكن القول بأن التغيّر الذي طرأ علىٰ سلوك هؤلاء المرضىٰ كان نتيجة لهذه الإجراءات، وتبقىٰ هناك مشكلة علىٰ مستوىً من الأهمية وهي هل عملية التعلم، وخاصة التعلم الإجرائي يمكن أن تحدث بدون وعي من المريض؟ (Without awareness).

وهذا ما يمثل بدوره تحدياً لعلماء النفس، إن الدلائل (بعيداً عن المقترحات التي تمّ الوصول إليها) تشير إلىٰ أن وعي المريض بدوره العلاجي وبأبعاد هذا الدور نادراً جداً، وسواء توصل المرضىٰ إلىٰ الوعي، أم لم يتوصلوا إلىٰ ذلك فإنه يبدو أن ذلك يعتمد علىٰ استفساراتهم المكثّفة حول المشكلة وطريقة العلاج، ومن الطبيعي أنه إلىٰ الحد الذي نعتبر فيه هذه النتيجة صادقة فإنه سيكون لدينا تطبيقات علاجية واضحة.

لقد كنا قد أشرنا في مناسبة سابقة إلىٰ أن بعض الأفراد كانت لديهم مقاومة نحو عملية الإشراط اللفظي، بمعنىٰ أن هؤلاء الأفراد (المرضىٰ) عندما يصبحون علىٰ وعي بالعلاقة المحتملة بين استجابات معيّنة والمعزز فإنهم يمتنعون أو يتوقفون (They Cease) عن الإستجابة المطلوبة منهم، (أو الإستجابة التي أرغموا عليها)، ويمكن أن يسمّي البعض هذه النزعة بالسلبية (Negativism)، ومن المؤكد أن بعض المرضىٰ تظهر عليهم مثل هذه الحالات بدرجة كبيرة. وبناء علىٰ ذلك فإلىٰ الحد الذي يمكننا فيه تغيير السلوك بدون وعي المرضىٰ بالعمليات المتضمنة في ذلك، فإن نفس المرضىٰ يمكن أن يظهروا مقاومة أقل لأي عمليات تعديلية لسلوكهم.

ولكن هل المرضىٰ (بشكل عام) لا يظهرون أية مقاومة، أو خصومة من أجل تغيير سلوكهم؟ وهل يمكن للنظام اللفظي (المعززات اللفظية) أن تؤدي إلىٰ النتائج المشابهة لنتائج الإشراط الإجرائي؟ وهل حالة الصمت التي أشرنا إليها هي في الواقع ليست تحت السيطرة الإرادية (للمرضىٰ)؟ وهل من الأساسي من أجل جعل المرضىٰ يتجنبون حالة الصمت أن يكون ذلك بواسطة الطرائق الإجرائية؟ وذلك لأن مثل هذه الطرائق تؤدي إلىٰ الحفاظ علىٰ السلوك الجديد (السوي) لفترة أطول من الزمن، بالمقارنة بحالات تقديم المعزز مباشرة، وبمعنىٰ آخر هل معظم السلوك في الحقيقة يشبه حركة الغولف (تسديد الضربة) وغير قابل للتغيير أو التعديل من خلال اللغة؟

إن جميع هذه الإستفسارات لا بد من أخذها بعين الإعتبار.

ومن الدراسات التي استخدمت المعزز السلبي، الدراسة التي أجريت علىٰ طفل عمره خمس سنوات، يعاني من حالة ملحّة لمص الإبهام (Thumb sucking)، وكان قد عولج من هذه الحالة، وقد تبيّن من خلال دراسة هذه الحالة أن القابلية للتأثير اللفظي (وخاصة لدىٰ الأطفال) تؤدي إلىٰ نجاح مؤقت، وأن الطفل سينسىٰ ما تدرب عليه، ويستأنف (Resume) عادته من جديد، إلّا إذا حاول أحد من حوله تصحيح ذلك.

وقد تضمنت خطة علاج هذا الطفل، أن يوضع الطفل في مناسبات يشاهد من خلالها أفلام كرتون (Cartoon Films) محببة إليه وتؤدي إلىٰ إستمتاعه، والطفل سيستمر بمص إصبعه خلال هذه المشاهدات، وقد أراد الباحث الإستفادة من عملية سحب (Withdrwal) هذه الخبرة الممتعة عن طريق إيقاف مشاهدة هذه الأفلام وكعقوبة تلي سلوك مص الإصبع لدىٰ الطفل، وبهذا الشكل يكون:

(مص الإصبع يؤدي إلىٰ إلغاء مشاهدة أفلام الكرتون)

ويمكن ترتيب مثل هذه الإجراءات ببساطة وذلك عن طريق وضع ملاحظ (Observer) يقوم بالضغط علىٰ الزر الذي يؤدي إلىٰ قطع المشهد في

الحال طالما أن الطفل يقوم بمص إصبعه، كما أن تحريك الإصبع بعيداً عن الفم سيؤدي في الحال إلىٰ إعادة رؤية مشاهد الفيلم وبهذا الشكل يكون:
(عدم مص الإبهام يؤدي إلىٰ إعادة رؤية مشاهد الفيلم).

وقد كانت النتائج علىٰ مستوىٰ من الأهمية لسببين إثنين هما:

أولاً : في الجلسة الثالثة حيث كان الطفل قد شاهد أفلام الكرتون حوالي ثلاثة عشر مرّة (١٣) مرة، مشىٰ الطفل خارجاً قائلاً: إنه شاهد ما يكفيه من ذلك، (He Had Seen enough)، إن هذا ليس مدهشاً، ولكن المدهش هو أن اختيار عملية الخروج ليست واردة في التقارير المنشورة حول الإشراط الإجرائي، ومن الطبيعي أن هذه الملاحظة يمكنها أن تكون مفيدة بقدر ما تمكننا من تنمية أو معرفة مستوىٰ الدافعية نحو الإستجابة.

ثانياً : أمّا بالنسبة للسبب الثاني الذي يتعلق بالناحية التطبيقية التي تمَّ الإشارة إليها، وهي أن الفرد يمكن أن يميّز وبشكل فعّال بين الشروط المصاحبة لعملية العقاب، وبين عدم إمكانية حدوث الإستجابة الغير متوافقة.

إن الباحثين لاحظوا وبوضوح تام (quite clearly) بأنه خلال الظروف العقابية ينمو لدىٰ الطفل ميل أو نزعة نحو قمع (Suppressed) عادة مص الإبهام، وأنه خلال بدايات عملية التحكم البسيطة (حيث يتم سحب العقوبة) لوحظ أيضاً نزعة نحو عودة هذه العادة، وفي جلسات أخرىٰ لوحظ أن عادة مص الإبهام تعود وبشكل قوي وملح . . . إن هذه النتائج تجعلنا نقترح بأن الطفل قد ميّز وبشكل سريع بين الظروف التي يمكنه أو لا يمكنه فيها أن يشغل نفسه في شغل سار (مشاهدة أفلام الكرتون)، ومن الطبيعي أن مثل هذه التمييزات يجب أن يكون لها محددات هامة بالنسبة لإستخدامات إجراءات الإشراط الإجرائي، والشيء المحيّر (puzzling) هو أنه لماذا لم

تـظهر هـذه التمييزات وبشكـل واضح في التقـاريـر التـطبيقيـة لمثـل هـذه الإجراءات؟

لقد زوّدنا باريت (Barrett) عام (١٩٦٢) ببعض النتائج الهامة حـول إستخدامات الإشراط الإجرائي في مجال علاج الخلجات العصبية المتعددة (Multiple tics)، وأشـار إلىٰ بعض الـدراسـات التي أجريت حـول هـذا الموضوع، مثلاً الدراسـة التي أجراهـا (باريت) علىٰ مـريض شاب عمـره (٣٨) عاماً، يعاني من عدة تشنجات حركية تؤثر علىٰ فمه، وعينيه، ووجهه، وعنقه، وأكتافه، وصدره، ومنطقة البطن، وقد أعتبرت هذه التشجنات ذات أصل عصبي، وغير قابلة لأي علاج عادي، أو تقليدي، وقـد كانت نسبـة حدوث هذه الخلجات العصبية لـدىٰ هذا المـريض تتراوح بين (٦٤) إلىٰ (١١٦) خلجة في الدقيقة، والتجارب الأولىٰ تشير إلىٰ أن المثيرات المزعجة تؤثر علىٰ هذه النسبة، وأن استمرار الإزعاج والضيق يزيد من نسبة الخلجات لحد ما.

وقد كانت خطة المعالج قرن حدوث الخلجات بالصوت المزعج، بينما عدم حدوث الخلجات يؤدي إلىٰ الراحة وعدم التعرض لهذا المثير المزعج، وقد تمَّ فعلاً تقليل نسبة هذه الخلجات حتىٰ وصلت إلىٰ (٤٠) خلجة في الـدقيقة، وقـد وجد (بـاريت) أن استمـرار المـوسيقىٰ (المختـارة من قبـل المريض) تؤدي أيضاً إلىٰ تقليل نسبة حدوث الخلجات إلىٰ نفس الـدرجة السابقة تقريباً، والتي تمَّ التوصل إليها بالإعتماد علىٰ الصوت المزعج. وذلك عندما ترتّب الإجراءات بحيث يؤدي حـدوث الخلجات العصبيـة إلىٰ قطع المـوسيقىٰ المحببة لـدىٰ المريض، وقـد أدىٰ ذلك إلىٰ أن تنخفض نسبـة الخلجات (tic Rate) إلىٰ أكثر ما بين (١٥ ـ ٣٠) خلجة في الدقيقة، وكان من الواضح أن معـاقبة المـريض عن طريق إزالـة صوت المـوسيقىٰ لحظة حدوث الخلجات لديه، أكثر فعالية من تطبيق المثير المزعج. يتبين لنا من هذه التجربة، ومن خلال هذه التوضيحات أنه من المهم علىٰ المعالج اختيار المعزز المناسب، وإن دليل المريض (patient's own testimony) يدعّم هذه

النتيجة المتعلقة بالفرق بين فعالية طريقتي العقاب (الصوت المزعج المباشر، وسحب الموسيقىٰ المحببة).

وفي الواقع أن هناك أشياء هامة وجدت في هذه التجربة السابقة، مثلاً إن الإزعاج لا يؤدي إلىٰ فعالية كبيرة علىٰ نسبة الإختلاجات، وبحيث يؤدي ذلك إلىٰ زيادة القدرة علىٰ التحكّم الذاتي (Self Control).

من ناحية أخرىٰ إن لهذه النتائج السابقة أهمية مضاعفة (doubly interesting) ليس فقط من حيث تقرير بأن أساليب العقاب الإجرائي يمكن أن تكون أفضل بقليل من الأساليب المباشرة الأخرىٰ، وإنما أيضاً من حيث أن عملية خفض نسبة تكرار السلوكات الشاذة، وعملية التحكم في هذه السلوكات تتم بواسطة جهد إرادي يعتمد علىٰ قوة الإرادة (Will power) لدىٰ المريض، ومن الطبيعي أن ذلك لا يقارن بتلك النتائج التي يتم الحصول عليها من خلال العقوبة المحتمل حدوثها (Contingent punishment) ـ والتي تؤدي إلىٰ سلوك لا إرادي ـ.

وقد يكون من الصعب من الناحية الفنّية التمييز بين حالات تطبيق العقاب من أجل الإبتعاد عن إستجابة غير مرغوب فيها، وبين حالات إغفال المكافأة (Omission of Reward)، إلّا أن التجارب تشير إلىٰ أن إغفال المكافأة، أو الإمتناع عن تقديم المعزز الإيجابي يكون له الأفضلية في حالات التطبيق المباشر للمثيرات المزعجة، وقد يقول البعض بأن كلتا الحالتين عبارة عن توجيه عقوبة لدىٰ الفرد (سحب معزز إيجابي، أو توجيه مثير مزعج)، ولكن الأسلوب الأول (سحب المعزز الإيجابي) يبدو أنه يوفّر مناخ نفسي مختلف (Different psychological climate)، وحسب إقتراحات (فرستر) إن الحرمان من مكافأة محددة مثل السجاير، الطعام، الإهتمام الإجتماعي... إلخ يضع الفرد في مناخ نفسي يسهل عليه طلب الإستجابة المناسبة (دون ذعر أو قسر).

ومن المفيد في نهاية هذا الفصل الإشارة إلىٰ تجربة أخيرة تتعلق بمثال

حول بعض إستخدامات طريقة التدريب الإغفالي (Omission training)، وذلك في حالة علاج طفلة عمرها تسع سنوات، إسمها لورا (Laura)، تعاني من حالة نقص عقلي (Mentally defective)، ولديها ميل نحو التقيؤ لبعض الوقت (vomit some short time)، أرسلت إلىٰ مدرسة خاصة، وعولجت بالعقاقير دون أي تأثير علىٰ المشكلة، وقد إستفحل أمر هذه الطفلة خلال بضعة شهور، وأصبحت مشكلتها تتكرر بشدة، مما أدىٰ إلىٰ إرجاء ذهابها إلىٰ المدرسة بشكل مؤقت، وقد أشرف علىٰ علاج الحالة كل من وولف وآخرون (Wolf et al) عام (١٩٦٥)، وقد شعر هؤلاء بأن ردود فعل المعلمة (teacher's reaction) تجاه تقيؤ الطفلة لورا قد زوّدها بمكافأة أدت بها إلىٰ تطور هذه المشكلة والتمسك بها (تحقيق مكسب من العرض)، وما حدث بالضبط أنه كلّما حدثت عملية تقيء الطفلة كانت المعلمة ترسل لورا إلىٰ مهجعها (غرفة النوم) (Dormitory)، وهذا كان يعتبر بمثابة مكافأة للطفلة التي تكره المدرسة والدراسة، ولأن هذا ما يجعلها تتخلّص من موقف غير مرغوب (Disliked situation) لديها، وبناء علىٰ هذا الإفتراض، أو الأحاسيس الداخلية للباحثين تقرر تنفيذ (implement) برنامج سحب المعزز الإيجابي، وهذا ما استتبع (entailed) تجاهل سلوك القيء لدىٰ الطفلة، وإستمرار المعلمة في أداء الدرس كالمعتاد، وعدم السماح (للورا) بالعودة إلىٰ مهجعها إلاّ عند إنتهاء الدرس، وأدىٰ هذا البرنامج إلىٰ تذبذب نسبة التقيؤ بشكل ملحوظ يمكن أخذه بعين الإعتبار، وفي إحدىٰ المناسبات الأولىٰ كانت هذه النسبة تصل إلىٰ حوالي (٢١) مرّة في اليوم الواحد، ولكن بعد ذلك حدث تقدماً ملحوظاً، وفي نهاية الأسبوع السادس للتدريب أصبحت نسبة تكرار هذا السلوك الشاذ صفراً (zero)، وبقيت هذه النسبة في هذا المستوىٰ، كما لوحظ أيضاً بأن إهتمام لورا بالأنشطة المدرسية قد إزداد، في نفس الوقت الذي قلّت فيه نوبات المزاج الغضبي لدىٰ هذه الطفلة، مع ملاحظة أن كل ذلك كان بملازمة (concomitantly) خفض سلوك التقيؤ، وهكذا كانت النتيجة مشجّعة جداً.

إن المادة العلمية التي تمَّ الإشارة إليها في هذا الفصل وضّحت لحد

ما كل من قيمة، وعيوب (the value and demerits) التعزيز السلبي. وأكدت على أن بعض النتائج التجريبية كانت مشجّعة للغاية، ويجب أخذها بعين الإعتبار وخاصة في مجال المصطلحات الذرائعية (pragmatic terms) - أي المصطلحات الواقعية والعملية -، ويبدو أن هناك سبب للإعتقاد بأن نفس التدريبات يمكن أن يكون لها دور هام في مجال علاج الإضطرابات النفسية، ومن الواضح خلال المراجعات الأدبية (غير التي وردت هنا) أن هذه الإجراءات لا تحتاج إلىٰ إمكانيات تجريبية عالية بقدر ما تحتاج إلى تطبيقات روتينية صحيحة للطرائق التي أشرنا إليها في السابق.

وهناك مشكلات معينة يمكن أن تنشأ أحياناً بسبب إستخدام مثل هذه الطرائق، مثل المشكلات الفنية. وأحياناً المشكلات النظرية، وغالباً ما يتعرض الإخصائي عند البدء بحالات شاذة نفسياً إلىٰ شيء من التردد في إختيار الطريقة المقترحة للعلاج، وذلك لأن أي إرتباط يمكن أن يحدث بين السلوك الضال (aberrant behaviour) ومعززات معينة يكون غير مستحباً، كما أن عملية تكرار معززات إيجابية مصاحبة لإضطرابات سلوكية يمثل مشكلة معقدة.

إن النجاح بعد الأداء الذي أشرنا إليه، أو الإحساس الداخلي الصادق للباحثين فيما يتعلق بالإشراط الإجرائي، يلعب دوراً في تهدئة الشكوك المتعلقة ببعض المحددات (المعقدة) لإستجابات الأفراد، وإن بعض هذه المحددات، أو التعقيدات يمكن الكشف عنها بواسطة التجارب التي أشرنا إليها في هذا الفصل، وعلىٰ سبيل المثال إمكانية إستخدام اللغة في توجيه إستجابات المريض، وكذلك عدم إعطاء المعلومات للمريض حول طبيعة العلاج، ودور المريض في ذلك، ودافعيته، وأثر القلق ووعي المريض بإحتمال حدوث السلوك المتبوع بالمعزز، ووعيه بتتابعات المعززات (نظام التعزيز)، كل ذلك يساهم أيضاً في تطوير الدراسات في هذا المجال، ويجب توجيه الإنتباه إلىٰ الصعوبات المتعلقة بإيجاد معززات سلبية مناسبة، وكما رأينا أن بعض أشكال العقاب له فائدة أو تأثير أكبر من الأشكال

الأخرىٰ. . . وبالإضافة لذلك فإن المريض يمكن أن لا يظهر أيّ أمل نحو تعميم التحسّن الذي يطرأ عليه إلىٰ مواقف أخـرىٰ خارج نـطاق المختبر، وبحيث يتمكن في حياته العادية والواقعية أن يميّز بين الظروف التي تؤدي إلىٰ إستجابة غير متوافقة، والظروف التي لا تؤدي إلىٰ ذلـك، ويمكن أن يكون ما توصلنـا إليه أقل من أن يساعد علىٰ رسم صورة واضحة أو إستنتاج عن فاعلية الإشراط الإجرائي في مجال علاج الإضطرابات النفسية، وسوف نكون غير مسئولين عن نكران وجود مثل هذه القضايا الهامـة، ولا بد من أبحاث أخرىٰ، وتجارب دقيقة تقودنا إلىٰ تقييم مناسب ورزين (sober) لهذه الطرائق العلاجية.

الفصل الخامس عشر
العمليات الفكرية والعلاج السلوكي
(Thinking Processes And Behaviour Therapy)

العمليات الفكرية والعلاج السلوكي

Thinking Processes And Behaviour Therapy)

المريض يجلس في غرفة مظلمة خاصة بالعلاج، نجده يلبس حذاءً خاصاً يساعد على إعطاء الصدمة الكهربائية، وعندما تظهر كلمة من خلال ثقب مضاء يقوم المريض نراءتها بصوت مرتفع وفي الحال يسرع في ذكر الكلمات التالية:

حانة (Pub)، زهو (Gay)، «فلان مع رجل في السرير» (لواط) ويحاول المريض أن يصفّق،... إلخ، إن كل كلمة من هذه الكلمات يتبعها صدمة كهربائية، كما أنَّ المريض يعلم بأن صدمة شديدة سوف تلحق به في كل محاولة للتمهّل أو الإرجاء.

المريض مصاب بالجنسية المثلية (Homosexuality) وهو من النوع القلق، الحساس، سريع الغضب، ويعاني من مشاعر الإحباط والخجل العميق بسبب شذوذه الجنسي، وهو يرغب في أن يغيّر ذلك، لقد طلب المعالجة، واتخذت الإجراءات السابقة بهدف إزالة الجنسية المثلية لديه وبناء إهتمامات جنسية غيرية (Heterosexuality) مكانها، والمشكلة الأساسية هي في معرفة فيما إذا كانت هذه الطريقة التي إستخدمها ثورب (Thorpe) عام (١٩٦٤) مفيدة أم لا، وهل تطبيق أو إستخدام الرموز (Symbols) كأشياء تختلف عن السلوك الحقيقي مفيد أم لا؟

إنَّ السلوك عبارة عن مفهوم معقد وقد يكون داخلياً وغير ملاحظاً،

وهذا يختلف عن الرموز (التي تشير إلىٰ السلوك)، والطريقة التي وضعها ثورب يمكنها أن تحقق بعض الفوائد، إلاّ أن هذه الطريقة ينقصها المثيرات كما في الحياة الواقعية، ولكن ربما أن استخدام الرموز بالمعنى الواسع والوارد في الإضطرابات يساعد علىٰ تقديم هذه الرموز بشكل لغة (Language from)، ونتيجة لذلك يمكن أن تكون هذه الطريقة فعّالة، وعلىٰ أن يعاقب المريض علىٰ الفعاليات الجنسية المثلية التي تظهر عليه (من خلال هذه المثيرات الرمزية)، والواقع أن الميل إلىٰ الإنفصال عن السلوك الواقعي هو شيء عام ومنتشر في العلاج السلوكي، وهذا ما يجعلنا نتساءل فيما إذا كان بإمكاننا وبصورة منطقية أن نستخدم النظريات والمفاهيم في العلاج السلوكي تبعاً لما يظهر من أعراض في مواقف مختلفة وجديدة؟

إنَّ هذا السؤال يرتبط بكفاية ومدىٰ ملائمة شكل الإشراط الذي يناسب معالجة العمليات الفكرية، ومن المؤكد بأن العلاج السلوكي يبدو أنه يتضمن بعض الإجراءات التي هي أكثر عقلانية أو فكرية، وهذا ما يجعل العلاج السلوكي يميل إلىٰ أن يبتعد عن المفهوم التقليدي الذي تؤكد عليه المدرسة السلوكية (Behaviourism) التي تؤكد علىٰ السلوك والفعاليّات الظاهرة فقط. مثلاً هل يمكن القول (وحسب ما تعودنا بالإعتماد علىٰ المبادىء الإشراطية) بأن الإشارات (Signs) تتضمّن معانٍ اكتسبت عن طريق إشراطها إلىٰ ردود أفعال حدثت بسبب مواضيع واقعية؟ إن ما يجعل الأمر مضطرباً هو أن الإشارات أو الرموز قلّما تثير نفس ردود الفعل كما هي في الحياة الواقعية، مثلاً إن كلمة أعرج (Cripple) لها معنى لدىٰ القارىء، وهذا المعنىٰ قد لا يتضمّن سلوك العَرَج أو التعطيل (Hobbling) وإن الإشارة المقروءة لحديقة الحيوان (Zoo) لا تحث القارىء أو تدفعه بالضرورة نحو تقليد الحيوانات، من ناحية أخرىٰ يمكن القول أنَّ الإشارة أو الرمز يمكنها إثارة الميل نحو القيام باستجابة ما مألوفة كان لها ارتباط في الماضي بالموضوع الواقعي (Real Object).

إن تطبيق العلاج السلوكي يؤدي بنا إلىٰ نوع من الشدّة في مواجهة

مشاكل المعرفة والتفكير، فمن الواضح أن حالة الفرد السابقة (المريض) ليست بسيطة بحيث تبدو لنا أنّها مجموعة أو حزمة من الأفعال المنعكسة الشرطية، إن هذا الفرد يمكن القول أنه يعاني من فعّالية معقدة يمكن إعتبارها بشكل عام عمليات لفاعلية عليا مثل المحاكمة، والإستبصار، وحل المشكلات، والعمليات الفكرية الأخرىٰ وهكذا، وسواء أدت العمليات الإشراطية إلىٰ خفض السلوك المعقد، أو أن ذلك حدث في المستقبل فإن ذلك موضع شك، ماذا يمكننا أن نعرف في هذا الخصوص، وهل أن الحل الصحيح للمشكلة يمكن أن نحصل عليه وبشيء من الوضوح، ودون حاجة إلىٰ الذهاب خلال هذه المحاولة العمياء والخاطئة لهذا الشكل من الإشراط الذي كثيراً ما يتضمن الإشراط الإجرائي (عند سكنر)؟ - بمعنىٰ آخر معالجة المشكلة دون الإعتماد علىٰ الإشراط وإنما علىٰ إتجاهات وأفكار ومحاكمات المريض -

دعنا نأخذ مثالاً لتجربة من التجارب التي يظهر من خلالها أنّه حتىٰ الفئران (Rats) يمكنهم أن يدركوا بوضوح السلوك الفكري، في هذه التجربة توجد طاولة مقسومة بواسطة حاجز شفاف يسمح للفأر أن يرىٰ ما هو موجود في الجانب الآخر، ولكنه لا يستطيع العبور إلىٰ الجانب الآخر، ويسمح للحيوان أن يتعرّف علىٰ غرفة التجربة جيداً وأن يجد طريقة تعتمد علىٰ جهاز من الجسور تساعده أن يعبر إلىٰ الطرف الآخر من الطاولة، ويمكن القول بأنَّ الفأر تدرّب علىٰ نقطتين من المعلومات.

١ - هو يدرك أنّه يستطيع أن يهبط إلىٰ الأسفل أو يتسلّق من خلال جزء واحد من الطاولة.

٢ - وهو يدرك أنَّ بإمكانه عن طريق الإستفادة من الجسور أن يذهب إلىٰ الجانب الآخر من الطاولة.

وكان الفأر يوضع علىٰ الجزء الأول من الطاولة بحيث يسمح له أن يرىٰ طعامه علىٰ الجزء الآخر من الطاولة المتعذّر الوصول إليه. والسؤال الذي يطرح هو كيف كان الفأر يتصرف أو يسلك؟، لقد تبيّن أن الفأر في

هذه التجربة إستطاع أن يجمع بين الحصيلتين الصغيرتين من المعلومات السابقة، حيث نجده يهبط إلىٰ الأسفل أولاً ومن خلال الطاولة، ثم يركض نحو الجسور التي يتسلقها بسرعة متجهاً نحو الجزء الآخر من الطاولة حيث ينتظره الطعام.

إن هذه التجربة تبدي لنا إستخدام نوع من العقلانية والفعّالية الشعورية التي لا تعتمد علىٰ ذلك النوع من عمليات التعزيز الآلية الموجودة في التجارب الإشراطية.

ويمكن القول بأن المشكلة قد حلّت عن طريق المحاولة والخطأ (Trial and error)، كنظرية في التعلم (لدي العالم إدوارد ثورندايك ١٨٧٠ - ١٩٤٩) حيث أن العمليات الداخلية المترتبة علىٰ المحاولات الصحيحة والخاطئة لا تلاحظ لأنها تحدث داخل الجهاز العصبي (Nervous system)، كما أن مشاعر الرضا وعدم الرضا يمكنها أن تكون موجودة (قانون الأثر لدىٰ ثورندايك الذي ينص علىٰ أن الحركات الناجحة لدىٰ الحيوان تؤدي إلىٰ الإرتياح والرضا ولذلك يميل الحيوان إلىٰ تكرار هذه الحركات، والعكس). وباختصار إن نظرية التعلم الحديثة مرغمة على أن تؤكد علىٰ أهمية الحوادث الداخلية (Internal events).

إن ما سبق ذكره يقودنا إلىٰ مشكلة أخرىٰ وهي أنّ كثيراً مما نلاحظه في سلوك المرضىٰ، وما يبدو من أقوالهم يظهر أنه يتركز وبشدّة علىٰ معرفتهم ومدركاتهم أكثر مما يتركز علىٰ سلوكهم الظاهري، والسؤال الذي نطرحه هل يمكننا عن طريق تغيير سلوك المريض أن نحصل علىٰ نوع من التغيير أو التعديل للأحداث الداخلية لدىٰ هذا المريض؟ وهل يكون السلوك الظاهري وعملية الإدراك والتفكير يشكلان حلقة متصلة واحدة ومعقدة، بحيث أن أي إجراء يسعىٰ وراء إطفاء فاعليات السلوك الظاهري (الجنسية المثلية مثلاً) يؤدي بدوره وبصورة آلية إلىٰ تغيّرات في الأحداث الداخلية؟ أي الطريقة التي يدرك ويفكر بها المريض حول الجنسية المثلية، صحيح أنه في بعض الأحيان يحدث تناقض بين ما يقوم به الفرد وما يفكّر فيه، إلّا أنه ما هي

أهمية مثل هذه التناقضات، وماذا يمكننا أن نفعل حيالها؟

إن وولب (Wolpe) يظهر بأنه مقتنعاً بأن التغيرات السلوكية ضرورية، وهو في هذا يعتمد علىٰ دعم إستمده من رأي العالم فستنجر (Festinger)، الذي قال بأنه من غير الممكن أن نجد ولو تجربة واحدة يكون فيها التغيرات المعرفية والإدراكية لم تؤدي إلىٰ تغيرات في السلوك الظاهري، ولكن إلى أي مدىٰ تكون هذه الفكرة صحيحة؟، وإن هذا الأمر يتبعه أنه إذا كانت حاجتنا هي تغيير السلوك الظاهري فإن الأفكار والمدركات سوف تتبدل (أو تتعدل) تبعاً لذلك.

هناك عدة تجارب تشير إلىٰ أن التغيرات التي تطرأ علىٰ السلوك الخارجي يمكن الوصول إليها عن طريق إحداث تغيّرات في العمليات المعرفية (Cognitive processes)، والواقع أن الأدب مليء بالعديد من الأمثلة من هذا القبيل، مثلاً الدراسات في مجال علم النفس الإجتماعي، أو في مجال الإدراك والتعلم، ففي علم النفس الإجتماعي يمكن إحداث التغيّر الظاهري للأفراد المرتبط بالتمرّد أو الثورة عن طريق تزويدهم بمعلومات حول ذلك، وأيضاً في مجال الإدراك (Perception) حيث يمكن تغيير السلوك الموجه للأفراد داخل مجال ما عن طريق الإشارة إلىٰ هؤلاء الأفراد إلىٰ أن هناك إشارات (أو ملاحظات) لم تؤخذ بعين الإعتبار، حيث يتّبع ذلك إعادة تنظيم المجال الإدراكي، ويمكن القول بأنّ التحولات السلوكية تأثرت بما يمكن أن نسمّيه بالإستبصار (Insight) وهذا علىٰ العكس من المحاولة والخطأ (طريقة ثورندايك).

هذا وقد قام العالم ماير (Maier, N.R.F) عام (١٩٣١) بإجراء تجربة حول ما يتعلق بأثر العمليات المعرفية في تعديل أو تغيير السلوك، وفي

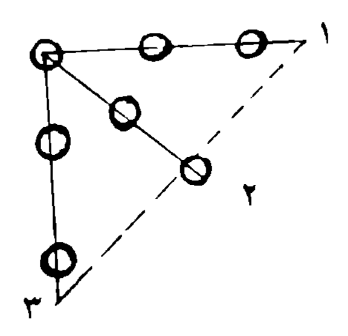
(راجع نظريات الإدراك لدىٰ المدرسة الألمانية الجشتالت وطريقة العلاج النفسي الجشتالتي).

المترجم

هذه التجربة كان يتطلب من أفراد العيّنة أن يكوّنوا رقّاصان «نواس» لساعة واحدة وضعا خارج جهاز معين، ولوحظ بأن سلوك الأفراد كان غير ناجحاً عندما لم توجّه إليهم التعليمات اللازمة حول هذه المشكلة. لنأخذ مثالاً آخر أكثر إلفة إذا كنّا أمام موقف يتطلب منّا أن نصل بين ثلاثة شوارع لكل منهما ثلاث نقاط وذلك باستخدام أربعة خطوط، فإننا سنجد أن الحل معقّد ويحتاج إلىٰ وقت طويل، إلاّ أنه إذا علمنا أنَّ بإمكاننا أن نتجاوز حدود هذه النقاط، فإن هذه الجملة من المعلومات تغيّر السلوك كليّة من سلوك غير ناجح إلىٰ سلوك ناجح تقريباً. شكل رقم (٧)

دعنا الآن نأخذ مثالاً إكلينيكياً للعالم بيتش (Beech) لنرىٰ من خلاله كيف أنّ الإستبصار (Insigth) يمكنه أن يعدّل من سلوك الفرد المَرَضي والغير ناجح إلىٰ سلوك مناسب ومفيد، وفي هذا المثال نأخذ حالة الفشل الجامعي (University failure) ـ التأخر الدراسي ـ وكيفية علاج هذه الحالة، إن موضوع الحالة شاب جامعي حاول إعادة الدورة الجامعية ثلاث مرّات، وفي كل مرة كان يتعرض للفشل والرسوب، كان هذا الشاب في نهاية عامه الأول، وبالرغم من ذكاءه المرتفع وأرضيته الثقافية المناسبة تماماً لإختياره نوع الدراسة الجامعية قد فشل في دراسته، إن الباحث إفترض أن هذا الطالب كان يسعىٰ وراء تحقيق أهداف دراسية غير واقعية، وهذه الأهداف لم يستطع بلوغها، وبدا أن طموح هذا الطالب النفسي قد أصبح عائقاً له من أجل تحقيق النجاح الدراسي، حيث فشل في تحقيق ذلك، وأصبح قلقاً، ويعاني من مشاعر الإحباط، كما أن هذه الحالة إنعكست علىٰ قدراته الدراسية، وساهمت في رسوبه الدراسي الذي ساهم بدوره في تشتت قدراته التي أراد الإعتماد عليها في تحقيق أهدافه في الأصل، وأخيراً كانت النتيجة فشل تام في الدراسة، وحالة من الإكتئاب واليأس، ودون أنْ ندخل في تفاصيل التجربة فإن وجهة النظر السابقة قد دعّمت من خلال الملاحظات التجريبية التي إنتهىٰ إليها الباحث. (أي أثر النواحي الإدراكية علىٰ النواحي السلوكية الظاهرة). وقد نوقشت هذه النتائج مع المريض، وتمّ توجيه بعض النصائح

حول كيفية تصرفه في المستقبل، وما أن استمع المريض (الطالب) إلىٰ النصائح وتقيّد بها حتىٰ تمكّن من الحصول علىٰ بعض الدرجات في مواده الدراسية، وبهذا يمكن القول أن المعلومات التي قدمت، والتوجيه الذي إعتمد علىٰ المعلومات السابقة، قد عدّل من سلوك المريض الذي لم يجد إلّا القليل من هذه الصعوبة خلال السنوات الجامعية الثلاث التي كان يتلقّىٰ التدريب خلالها، وتمكّن من أن يجتاز وبنجاح دراسته مع تحقيق درجات جديدة، وطبعاً لا يمكننا القول بأن النتيجة لم تتأثر بالمعلومات والنصائح التي كوّنت لدىٰ المريض نوع من الإستبصار الذي ساعده علىٰ تحقيق ذلك.



وعلىٰ كل حال إن وولب والمعالجين السلوكيين الآخرين لا يتجاهلون تماماً قيمة الطرق التي تعتمد علىٰ المعرفة والإدراك، وإن عملية إعادة الثقة والطمأنينة إلىٰ النفس وتفسير الأعراض يوصىٰ بها دائماً في مقدمة العلاج السلوكي باستخدام طريقة الكف بالنقيض، وإن هذه العملية تعتبر لدىٰ وولب شيئاً حيوياً (Vital) من أجل تحقيق النجاح.

إن دور الإستبصار في العلاج السلوكي قد نوقش من قبل كل من بترسون (Peterson)، ولندن (London) عام (١٩٦٥)، وفي رأي هؤلاء أن الاستبصار ليس من الضروري من أجل أن يؤثر في التغيير السلوكي، إلّا أنه علىٰ الأقل وسيلة مساعدة في ذلك، وإن الإعتقاد الذي لا يعتبر للإستبصار شأن في العلاج السلوكي، هو عبارة عن رد فعل تجاه المبالغة في التأكيد علىٰ ذلك كما في العلاج النفسي التقليدي، وتجاه الإهتمام بالأحداث التاريخية «تاريخ حالة المريض»، وإن في ذلك إشارة إلى أصل العلاج

السلوكي الذي يعتمد علىٰ المختبر والدراسات الحيوانية، بينما الإستبصار والوعي والإدراك تميل إلىٰ أن توضع جانباً من حيث أفضليتها (أو أولويتها) في دراسة السلوك.

إن باترسون، ولندن، يتبنّون وجهة النظر القائلة بأن الإضطرابات النفسية عادة ما يصاحبها أفكار أو مدركات خاطئة تتعلق بمصدر وأثر السلوك المرضي، ويمكن لهذه الأفكار أن تغيّر السلوك، كما أنه ليس من الضروري دائماً قرن السلوك بالتعزيز، وإن التعليمات، والإشارات المسبقة تكفي لوحدها إلىٰ أن تؤدي إلىٰ شيء من التغيير في سلوك المريض. ويمكن أن يكون ذلك بالنسبة لبعض الحالات التي يضطر المعالج فيها إلىٰ إحداث سلوك متكيّف وجديد لدىٰ المريض، ففي مثل هذه الحالات قد يضطر المعالج إلىٰ إستخدام المكافأة، كما يمكن للمعلومات أن تقوّي الدافع إلىٰ التغيير والذي ينشأ عن إعادة البناء الفكري للموقف لدىٰ المريض.

لقد قام كل من باترسون، ولندن، بتطبيق الأفكار السابقة (أي عملية التوجيه الفكري) في معالجة طفل أسمه روجر (Roger) يبلغ الثالثة من العمر، ويعاني من مشكلة أساسية هي فشله في عملية التبرز التي إمّا أن تتكرر كثيراً، أو أنّها تنتظم كما هي عند الآخرين، وأحياناً لا تحدث عملية التبرّز إلاّ كل خمسة أيام حيث يقوم الطفل بعدها في إفراز كل ما تجمّع لديه من براز (Fecal)، وهذا ما كان يزعج الوالدين ويؤدي بالطفل إلىٰ آلام

ملاحظة: إن المعالج السلوكي يبدأ من السلوك. وهو يرىٰ بأن التغيرات السلوكية أساسية، وقد تؤدي إلىٰ تغيرات معرفية إدراكية. بينما المعالجين الآخرين مثل أصحاب العلاج الجشتالتي (فردريك بيرلز) أو العلاج الإستبصاري، أو العلاج بواسطة التوجيه والإرشاد (كارل روجرز) أو طريقة (جوزج كلي) المعرفية... يبدأوون من الجانب المعرفي والإدراكي، وهم يرون بأن التغيرات المعرفية الإدراكية تحدث تغيرات في سلوك الفرد. فالفرد يسلك في حياته حسب مدركاته، وقد تكون هذه المدركات صحيحة فتؤدي إلى سلوك صحيح أو العكس. المترجم

شديدة، وقد لاحظ الطبيب الذي يشرف علىٰ معالجة (روجر) الملاحظات التالية:

إن سلوك الإحتفاظ بالبراز يبدو أنه نشأ في طريق الصدفة، ومن خلال ظروف معينة، وقد بدا على الطفل أنه يميل إلىٰ الإستغراق في لعبة لدرجة أنّه يتخلّىٰ نهائياً عن ضرورة الذهاب إلى التواليت (المرحاض)، إن ترتيب الطفل الثالث في أسرته، وكانت أمه قد كفّت عن ملاحظته حول عملية التبرز، ويبدو أنها أهملت تدريبه علىٰ النظافة، وحاولت فيما بعد أن توقظ لدىٰ الطفل مشاعر الفشل في عملية التبرز وحتىٰ أصبحت هذه العملية بحد ذاتها مؤلمة للطفل، وهذا ما عزز نفور الطفل وكراهيته للقيام بهذه العملية مرّة أخرىٰ.

إن العلاج الذي استخدم وانتهى إلىٰ النجاح استمر ثلاث جلسات قصيرة، في الجلسة الأولىٰ إستخدم المعالج ما يمكن أن نصفه بأسلوب الأنشودة الغنائية أو الترتيلة·(Hypooidal chant)، وتتضمن هذه الأنشودة بعض الكلمات التي تعبّر عن بعض الأفعال التي تجعل كل فرد يتقرّب من الطفل (روجر) وتدفعه إلى الذهاب إلىٰ التواليت، وهذا السلوك يرضي الطفل كما يرضي الآخرين، وحتىٰ أصبح (روجر) يشعر بأن ما يقوم به حقيقة هو سلوك جيد ومرغوب فيه، وكان الطفل عندما يصل إلىٰ منزله يذهب مباشرة إلىٰ التواليت ويتبرز في نفس الوقت التي كانت فيه والدته تمدحه وتدلله وتهتم به وتقدم له قطعة من الحلوىٰ، هذه العملية تكررت في جلستين تاليتين وحتىٰ أصبح السلوك عادياً ويتم فقط عن طريق تشجيع الأم وتقديم الحلوىٰ، ولم يلاحظ علىٰ الطفل بعد مضي عام من العلاج أعراض الإنتكاس.

يتبيّن لنا من الحالة السابقة كيف أنَّ حالة الإستبصار أثّرت في السلوك المرضي وأدّت به إلىٰ التغيير، ونجد أنَّ عملية التعزيز قد حدثت بعد أول عملية تبرز قام بها الطفل، لهذا فإننا نعتقد بأن اقتراح المعالج لعملية التعزيز ساهمت في حث السلوك علىٰ أن يحدث ثانية، ويمكن القول بأن المواقف

التدريبية التخيّلية التي قام بها (روجر) في الجلسة العلاجية الأولىٰ كانت تتضمّن العديد من التجارب المعززة التي تستهدف السلوك الناجح، وفي عملية التخيّل فإن الظروف التي تساعد علىٰ عملية التعلم قد وجدت حيث أن الطفل كان يتخيّل عملية تبرّز يصاحبها شعور من اللذة والسعادة.

وسواء أكان ذلك مثالاً علىٰ عملية الإستبصار، أو علىٰ ما يمكننا أن نسميه الإشراط الإجرائي الباطني (Internalized operant conditioning) فإن ذلك لا يكوّن مشكلة حقيقية طالما أنَّ الهدف الوصول إلىٰ النتيجة بطريقة مرضية، ومهما يكن من أمر فإنه قد ظهر من خلال الدراسة السابقة نقطتين أساسيتين هما:

النقطة الأولىٰ : يظهر لنا أن مصطلح الإستبصار الذي استخدم في هذه الحالة للوصول إلى نتائج معيّنة وبطرق بعيدة عن الدقة ساهم في عملية العلاج، وهذا ما يجعل هناك صعوبة بالنسبة للمعالج السلوكي أن يتمسك برواية أن ما يفعله يعتمد علىٰ التجارب المخبرية الدقيقة، وحتىٰ لو أخذ بإعتباره العوامل المتعددة وإمكانية ضبط هذه العوامل وأن المثير الذي يدرس يتصف بالدقّة، وعلىٰ كل حال يمكن القول بأن المعالج السلوكي يحاول أن يعمل من أجل التقريب في تجاربه إلىٰ ما يشبه المختبر (من حيث الضبط والتحكم بالعوامل المؤثرة في الظاهرة)، ولكن الملاحظ في طريقة مثل هذه الأغنية أو الترتيلة (الطريقة التي عولج بواسطتها الطفل روجر). وكذلك المفاهيم الأخرىٰ المتصلة بهذه الطريقة أنها غير مشتقة من الدراسات المخبرية، ونفس الشيء يمكن القول بأن طريقة الكف المتبادل مشتقة من المبادىء الإشراطية (لنظريات التعلم)، ومن المؤكد أنه لا يوجد دليل واضح علىٰ أنَّ الإستبصار يؤدي إلى تغيير في السلوك، ولكن

هناك حاجة إلىٰ أن يأخذ المعالج بعين إعتباره العوامل التي يظهر أنَّ لها أهميّة علىٰ السلوك الإستبصاري، وقد يقول البعض بأن أية محاولة غير منظّمة من أجل تطبيق الإستبصار تعني التنازل عن العلاج الذي يعتمد علىٰ التجريب وعلىٰ الطرق العلمية، علماً أن هذا الإتجاه الإستبصاري يطبّق في العلاج النفسي (الإتجاه المغاير لإتجاه العلاج السلوكي).

النقطة الثانية : فمن حسن الحظ أن التاريخ الأدبي النفسي مفعم بالتجارب والأعمال المتعلقة بالنواحي المعرفية والإدراكية، إلاّ أنّ المهمّة التي يجب أن تكون هي تفحّص ومقارنة هذه المعلومات المعرفية، ومن ثمة تجريدها من المعلومات التي يمكنها أن ترتبط بأشكال أخرىٰ متغيرة ومختلفة عن الحالات المعرفية، إن المعلومات التي هي من هذا النوع بإمكان صياغتها علىٰ شكل عوامل تقترن بتغير الإتجاهات الإجتماعية (Social attitudes)، والمعتقدات ذات الإتجاه السالب (كراهية، حقد، تعصب...)، أو ذات الإتجاه الموجب (محبة، ميل، تفضيل...).

إلاّ أن ذلك ليس معناه أنّه من الضروري لعلماء النفس الإجتماعيين أن يطبّقوا منهج العمليات المنهجية المعرفية لعلاج الحالات المرضية أو الإضطرابات النفسية، حيث أن مثل هذا الإدعاء يتضمّن الإفتراض بأن هناك نوع من الإستمرارية أو الترابط بين الأفكار الخاطئة للأشخاص العاديين، والتفكير المضطرب لدىٰ مرضىٰ الطب النفسي (العصابيين والذهانيين).

إن الطرق المستخدمة لدىٰ علماء النفس الإجتماعيين من أجل التأثير في تغيير الإتجاه يبدو أنها تعتمد علىٰ وجود صراع بين الأفكار، فالفرد عندما يتنبأ بعملية ما إستناداً إلىٰ إتجاهه فإذا تحقق تنبؤه فإنه يعتقد أو يتمسك

بالإتجاه، والعكس فإن عملية التنبؤ (الفاشلة) قد تؤدي إلىٰ الصراع بين عدة حقائق، وبالتالي فإن الإتجاه السابق يميل إلىٰ أن يتعدل من أجل أن يتطابق مع النتائج الأخيرة، لنأخذ فكرة التعصب (prejudice) التي تقول بأن جميع الزنوج قذرين، كسلانين، أغبياء، ويميلون إلىٰ الموسيقىٰ، ومثل هذا التعصب يمكن أن ينشأ طالما أن مثل هذه الفكرة لم تتعرض إلىٰ الدراسة والإختبار، ويمكن القول بأن هذا يبقىٰ صحيحاً طالما نتجنب الحقائق أو نشوّهها ونحرّفها (distrot)، ومهما يكن من أمر فإن التمسك بهذا التعصب يعني أننا يمكننا التنبؤ عندما نقابل زنجياً بأنه سيكون كسولاً، وقذراً، ومحباً للموسيقى، وغبياً، ولنفترض عن طريق الصدفة، أو عن طريق التصميم موقفاً ما يحتوي علىٰ دليل لا جدال فيه يرغمنا علىٰ أن نسير في طريق مضاد للتعصب، فإننا نشعر بميل نحو خفض شدّة التعصب، وهذا ما يُظْهِر عادة من إنحراف في الأفكار والإتجاهات لدىٰ بعض مرضىٰ النفس.

إن العالم بيتش (Beech) عام (١٩٦٩) قام بمحاولة علاجية لمريض يعاني من عَرَض التحوّل (الجنسي)، مع سيطرة الأفكار التي تتعلق بجوهر الأنوثة (femininity)، لقد كان هذا المريض يعتقد أنَّ جسده منسجم، ومكوّر، وجذّاب في طريقة تجعله يشبه الأنثىٰ أو يظهر بشكلها، وإن اهتماماته شبيهة بإهتمامات المرأة. . . وهكذا، وقد حاول هذا المريض وبعدة أساليب أن يبرر سلوكه المنحرف بأفكار من قبيل (إن جسمه يشبه الأنثىٰ)، وكان يشعر بأن أمله الوحيد هو إجراء عملية جراحية لتغيير أعضاءه التناسلية. . .

إن النقطة الهامة في علاج هذا المريض جعلته يقوم ببعض التنبؤات المحددة بالإعتماد علىٰ إعتقاداته الأساسية حول نفسه، يلي ذلك تعريض المريض إلى إختبار مناسب يتعلق بإسقاط أحكامه علىٰ بعض الأشكال والأزياء الخاصة بالنساء، وقد استخدم في هذا الإختبار مجموعة من الأشكال، والأزياء، واللوحات التي قصّت من المجلاّت. وقد كان الهدف أن يضع المريض نفسه في المكان الذي يستحقه أو الذي يراه مناسباً له (وذلك

عن طريق إختبار ما يناسبه من هذه الأزياء)، وبعد أن قام المريض بذلك وفي نفس غرفته التي ينتظر فيها، طلب المعالج من مجموعة أفراد من الذكور والإناث أن يقوموا بتصنيف الصور والأزياء التي عرضت علىٰ المريض، وترتيبها، ووضعها في المكانة الجديرة بها بالنسبة إلىٰ الذكور، أو بالنسبة للإناث، وقد كان المريض في التجربة السابقة قد وضع نفسه شبيهاً بالنساء وعلىٰ العكس من الرجال، وبعد أن تعرّف المريض علىٰ تصنيف الآخرين وجد أن تصنيفه السابق فيه نوع من الخطأ، ولا ينسجم مع رأي الآخرين، لذلك نجده عدّل من إتجاهه، وأبدىٰ تحسناً بعد التجربة وأصبح يتشبّه بالذكور مع البعد تدريجياً عن التشبّه بالنساء.

وفي دراسة أخرىٰ قام بها شابيروا (SChapiro) استهدفت معرفة إمكانية تعديل أو إزالة المعتقدات الكاذبة (أفكار قسرية) لدىٰ مريض مصاب بانفصام الشخصية (schizophrenia)، وهذه الأفكار تلح عليه بشدّة، إن هذا المريض يعتقد بأنّ طبيبه الذي يعالجه هو عميل شيوعي، وأنه لا يمكن أن يقبل منه أي رأي حول سبب وجوده في المستشفىٰ، وحيث أن معتقداته خاطئة، إن المريض كان يعبّر عن قناعة الطبيب بالآلية (كمبدأ مادي ينظر إلىٰ الأشياء وحتىٰ الكائنات الحيّة بمنظار مادي آلي). وهو يرىٰ (أي المريض) بأن الطبيب سينظر إليه بهذه النظرة الآلية، وقد عبّر المريض عن حالته بأنه كالآلة موضوع في مكان ما في المستشفىٰ، حيث يحاولون التأثير في أفكاره...

واستناداً لهذه المعلومات حاول كل من المعالج والمريض أن يتفحّصا آلة معيّنة وزيارة مكان وضع الآلات، وإجراء بعض المقارنات بين الآلة، والمعتقدات لدىٰ الإنسان... إن هذه المقارنات لم تؤدي إلىٰ تحسن ملموس لدىٰ المريض، ولكنها أظهرت لديه بعض الشكوك التي عبَّر عنها من خلال أقواله مثل «إن ما هو واقعي قد لا يكون حقيقياً».

وفي عام (١٩٥٧) قام العالم فستنجر (Festinger) وآخرون بدراسة استهدفت معرفة أثر التغيرات المعرفية لدىٰ الفرد، وقد أجريت الدراسة حول

رجل يسعى وراء تكوين نظام متكامل من المعرفة حول نفسه وحول العالم المحيط به، وهو يعتقد بأن ذلك يؤدي إلىٰ نوع من الإتزان في الحياة (التوافق). وقد وجد فستنجر أن بعض هذه المعارف منسجمة ومتكيّفة (consonant)، بينما بعضها الآخر متنافر وغير منسجم (dissonant)، وإن الأفكار المنسجمة تصف لنا الموقف الذي تكون فيه الفكرة مقبولة من الآخرين، أمّا الأفكار الغير منسجمة فهي التي تكون معارضة لأفكار الآخرين، ونلاحظ بأن الحالتين مختلفتين ومتضاربتين، وإن المعرفة أو الأفكار المتناقضة يمكن أن تؤدي إلى نوع من التوتر النفسي الموجّه بدافع قسري، والذي يؤدي بدوره إلىٰ نوع من القوة الدافعة. . .

وفي مثل هذه الحالات يحاول الفرد أن يبحث عن بعض الطرائق التي تخفف من هذا التوتر ومن مشكلة التناقض بالأفكار، ويمكن للفرد استخدام وسائل مختلفة من أجل تحقيق ذلك مثل الإعتماد على التعزيز(المكافأة والتشجيع) الذي يساعد علىٰ تعديل السلوك الغير مرغوب فيه، إلّا أنَّ نظرية التناقض المعرفي ترىٰ أنه بينما المكافآت الكبيرة يمكنها أن تقلل من حدّة التنافر في الأفكار إلّا أنَّ ذلك لا يؤدي بالضرورة إلىٰ تغيير كبير في الإتجاهات، أي تغيّرات حقيقية ودائمة، ويمكن القول بأنه يمكن الوصول إلىٰ ذلك (إلىٰ هذه التغيرات)، عن طريق زج الإتجاهات الفكرية أو ربطها بأطر سلوكية، ويجب أن يكون الحل داخلياً، إن المعرفة الخطأ يمكن أن تتغيّر وأن تؤدي ببساطة إلىٰ نوع من الدافعية التي قد تكون سبباً في التصرف بطريقة ما، والواقع أن وجهة النظر هذه ترىٰ بأن المكافأة أو إقناع الفرد بإمكانها أن تعدّل السلوك، وعلىٰ الأقل تحدث تغيّرات حقيقية داخلية، وهذا المفهوم يختلف لحد ما عن وجهة النظر المتعلقة بمفهوم التعزيز من حيث أنَّ تعزيزات كبيرة تؤدي إلىٰ تغيّرات عظيمة.

ولننظر الآن في حالتين تتعلقان بمشكلة التناقض المعرفي، من خلال تجربة العالم كلمان (Kelman) عام (١٩٥٣)، والتي أجراها علىٰ عيّنة من طلبة المدارس العليا الأمريكية، وحيث طلب المجرّب من أفراد العيّنة كتابة

مقال يدعّم ما كتب حول الضحك والمرح (الضحك والهزل. .)، حيث أن مثل هذه الكتابات بدت أنها مكروهة، وقد قام المجرّب بتقديم نوعين من المكافآت البسيطة، والمكافآت الكبيرة، وقد تبيّن من النتائج أنَّ الأفراد الذين تلقوا مكافآت بسيطة أظهروا تغيراً ملموساً في إتجاهاتهم تجاه الكتابات المضحكة، أمّا الذين تلقوا المكافآت الكبيرة وحصلوا عليها فعلاً أظهروا تغيراً بسيطاً في إتجاهاتهم، ومن تحليل النتائج تبيّن أن المجموعة الأولىٰ من الأفراد الذين وصلوا إلىٰ تغيير حقيقي في تفكيرهم كانوا في حاجة حقيقية إلىٰ إقناع ذواتهم حول قيمة (الضحك والهزل)، بينما المجموعة الثانية كتبت المقال بهدف الحصول علىٰ المكافأة الكبيرة.

وهناك دراسة كبيرة قام بها كل من بريهم (Brehm)، وكوهن (Cohen)، عام (١٩٦٢) مشابهة للدراسة السابقة وتشير إلىٰ أن عملية التجريب في حالة التناقض المعرفي يمكن أن تنتقد بشدّة، وأنه ليس من الحكمة في هذه المرحلة من الإشارة إلىٰ أكثر من ذلك في مجال الإنحرافات النفسية. ومن الطرق التقليدية المألوفة حول أهمية المعرفة الفكرية ما وضّحه العام هوم (Homme) عام ١٩٦٥) تحت إسم الفعّاليات العقلية (operants of the mind) وهو في ذلك يشير إلىٰ عملية الإشراط الإجرائي للحوادث العقلية، وحيث أن هذه الحوادث لا تدرك مباشرة لذلك فإن العالم هوم أطلق عليها إسم الفعّاليات السريّة أو الخفيّة (covert operants)، وقد أشار إلىٰ أنَّ تطبيق الإشراط الإجرائي قد يثير عدة مشكلات في مقدمتها أنَّ هذه الفعّاليات العقلية الخفيّة ستكون صعبة الإكتشاف، وهذا ما يضعف من الإعتماد الكامل علىٰ إستبطانات المريض (patient's introspections). ثانياً هناك صعوبات تنشأ من عملية إختيار وسيلة التعزيز، وحيث لا يوجد هناك أي عامل خارجي يستطيع أن يدير عملية التعزيز بصورة كافية أو واضحة، لذلك لا بد للمريض نفسه من أن يكون مديراً لذلك بالصدفة، إن عليه أن يرتّب النتائج المناسبة، وأن يعزز الحوادث العقلية لنفسه، وهذه النقطة قد تؤدي إلىٰ صعوبة أخرىٰ وهي أن الفرد هو المدير بالصدفة لتعزيزاته وفي نفس الوقت يستمد عملية

التعزيز من أجل أن يسلك في الطريق المناسب. إن هذا يفترض سلفاً عملية الضبط الذاتي لمثل هذه الأمور.

لقد تحدث العالم كواتيلا (Cautela) عام (١٩٦٦)، عمّا أسماه بعملية الحساسية السريّة أو الخفيّة (covert sensitization)، والتي تتضح في حالات العلاج بالتنفير، ومثل هذه العملية تجري علىٰ مستوىٰ الخيال والتصور (وحسب مدركات الفرد)، وفي بعض المحاولات التي دافع عنها (كواتيلا) قام بإخبار المريض المدمن بأنه لا يستطيع التحكم بسلوكه الشاذ (وهو الإدمان) لأنه يؤدي به إلىٰ حالة من اللذة والراحة، وأنه من أجل إزالة هذا السلوك يلزم ربط (إقتران) الفعّالية هذه مع مثير آخر ضار ومؤلم وغير مرغوب فيه، وطلب كواتيلا من المريض أن يسترخي، وبينما هو في حالة الإسترخاء طلب منه أن يتصوّر مشاعر السرور والراحة وأن يشير بإصبع السبابة عندما تصبح عملية التصوّر تامة، وفي الحالات التي يطبق فيها طريقة الشرب المكثّف مثلاً كان يطلب من المريض أن يتخيّل أنه ينظر الىٰ كأس وسكي، ويمسكه بيده، ويضعه علىٰ شفتيه، وحتىٰ هذه النقطة كان يطلب من المريض أن يتخيّل أنه يشعر بالضيق والألم وأنه بدأ بالتقيؤ، وأن حالة التقيؤ وصلت إلىٰ أنفه وملأت فمه، وسقط علىٰ الأرض وأنه لم يعد يستطع السيطرة علىٰ ما حدث، وتتكرر العملية إلىٰ أن تأخذ الشكل الذي أشرنا إليه سابقاً في تجارب العلاج التنفيري.

وهناك طريقة أخرىٰ إستخدمها (كواتيلا) في محاولة للسيطرة علىٰ تناول الطعام الزائد بالنسبة لمريضة تعمل أستاذة مدرسة، وفي مقتبل العمر، وتعاني من مرض البدانة (obesity)، وقد تبيّن وبشكل ملفت للنظر بأن إضطراب هذه المريضة الأساسي يرجع إلىٰ الطعام الذي تتناوله هذه المريضة بين فترات الطعام الأساسية، وقد لوحظ أنه بينما طعام الغداء يعد، فإن المريضة تتناول حوالي (٨ ـ ٩) تسع سندويتشات من مربىٰ الفول السوداني والحلوىٰ، وأحياناً كانت تتناول جميع الكعك الموجود، وكان الإجراء العلاجي أن تسترخي المريضة ثم يطلب منها أن تتصور أنها تحضّر طعام العشاء، وأنها

خلال عملية تحضير وجبة الطعام تناولت بعض الخبز لعمل السندويتشات، ولكن حالما تفعل ذلك (تتصور المريضة) أنها بدأت تشعر بالإعياء والألم، وأنَّ حالة من القيء أصابتها وملأت فمها، ومن ثمّة أسقطت ما بفمها فوق وجبة الطعام التي تعدّها، وكانت المريضة عندما تصبح في حالة تصور تامة تشير بأصبعها، وتتكرر عملية التصور عدّة مرات، وفي كلّ مرّة تتنوّع المثيرات المغرية للطعام.

وفي طريقة أخرىٰ كان المجرّب بين كل محاولتين من التكريه والتنفير يطلب من المريضة أن تتصوّر بأنها أغريت بتناول قطعة من البسكويت، وأدىٰ بها ذلك إلىٰ حالة من الألم والضيق وقالت آه (oh) أنا لا أريد هذا الطعام، وبعد ذلك شعرت بالهدوء والراحة والإسترخاء لقد كان المعالج يكرر هذا العمل وكذلك المريضة نفسها عندما تكون في منزلها، وبعد حوالي ثلاثة أشهر أصبح وزن هذه المريضة (١٣٤) ليبرة (كل واحد كغ يساوي/٢,٢٠٤٦٢/ليبرة) بينما كان وزنها الأصلي حوالي (٢٠٠) ليبرة، وقد عبّرت المريضة عن سعادتها، وبعد مضي سبعة أشهر تبيّن للمريضة بأن وزنها أصبح في المستوىٰ المعقول، وخشية العودة مرّة ثانية إلىٰ عاداتها القديمة في الإفراط في الطعام كانت تعالج بسرعة وعن طريق إعادة العلاج نفسه.

والواقع أنَّ الميل إلىٰ عدم إعتبار الحوادث الداخلية يمكن أن يكون جزءاً من عمل المعالج السلوكي وإن بدا ذلك غير مرضياً أو منسجماً مع الطرائق النفسية الأخرىٰ التي تنحو نحو التأكيد علىٰ أهميّة العمليّات السريّة الخفيّة، وإن مثل هذه الطرائق تتحدىٰ ما يسمىٰ بالتحليل التجريبي (ex-perimental analysis) الذي يعتمد علىٰ الدافعية وراء السلوك، وطبعاً فإن هناك من يكف عن مهاجمة العمل التجريبي علىٰ أنه مجال عقيم، وهناك من يعتبر بأن العمليات المعرفية والإدراكية لها صلة في تفسير السلوك البشري، والواقع أن علماء النفس السلوكيين قد أجبروا أكثر وأكثر عن طريق نظرياتهم الغير وافية والتي ترتكز فقط علىٰ الإستجابات الظاهرية أن يعدّلوا من

مفهومهم التحليلي للإستجابات م←→ س) أي المثير والإستجابة، وعلىٰ كل حال ليس جميع المعالجين السلوكيين حتىٰ الوقت الحاضر واعين بأن مجال الفعّاليات العقلية (المعرفية) يمكن أن يصبح مجالاً جيداً للدراسة والبحث، وأنه ما زال هناك شيء من المقاومة (من قبل بعض المعالجين السلوكيين) من أجل أن يصبح هذا الإتجاه (المعرفي) شاملاً للمشكلات الأكثر تعقيداً، ومن المؤسف أن ما يراه البعض بأن التنازل الكلّي عن الطريقة السلوكية (بما فيها من أبعاد، والتركيز فقط علىٰ السلوك الظاهري يمزّق أو يحط من قدر الناحية العلمية والتجريبية، وإن العلاج السلوكي سيصبح غير منفصلاً عن العلاج النفسي (التحليل النفسي)، والواقع أنّه ليس من الضروري أن يكون ذلك، فهناك العديد من الدراسات التجريبية الجيدة التي تسود أو تعمل عملها في حل المشكلات، كما في التعلم بالإستبصار، ومجالات علم النفس الإجتماعي كما أنه ليس من الضروري أن يكون التغيّر في السلوك مؤدياً إلىٰ تغيّر فكري، إن التجارب قد لا تثبت ذلك، إلاّ أنَّ المشكلة هي أنه إذا كان المريض بسلوكه الخارجي يمكن إعتباره سوياً، فهل يمكن بالنسبة لهذا المريض أن ينطوي علىٰ وجود سلوك داخلي شاذ؟ وهل هناك علاقة متتابعة بين السلوك الخارجي والحوادث العقلية الداخلية؟ هذا ما نريد أن نعرفه.

الفصل السادس عشر
مدى مصداقية العلاج السلوكي

(How Valid Behaviour Therapy)

الفصل السادس عشر

مدى مصداقية العلاج السلوكي

(How Valid Behaviour Therapy)

إن أحد البراهين التي استند إليها عالم التحليل النفسي سيجموند فرويد (S. Freud) في دراسته الشهيرة عن هانز الصغير (Little Hans) عام (١٩٥٠) المحادثة البسيطة بين الأم وإبنها الصغير، وهذه الدراسة تعتبر واحدة من الحالات التي لاقت نجاحاً مرموقاً في مجال التحليل النفسي للأطفال (child psychoanalysis)، حيث ظهر على هذا الطفل وهو في عمر الخمس سنوات بوادر الخوف من الأحصنة (Horses)، (خوف مرضي phobia)، وفي تفسير فرويد لمنشأ هذا الخوف قال بأن الطفل يرغب في الواقع التخلّص من والده، وأن يأخذ مكانه في العلاقة الجنسية مع الأم (المعنىٰ العام للجنس)، ونسب فرويد الخوف من الأحصنة بسبب تقمّص هانز (Han's identification) لوالده بالحصان وعدم قدرته علىٰ الخروج، وقد فسّر فرويد ذلك بأنه يخدم الهدف الذي يسعىٰ إليه هانز وهو أن يبقىٰ بجانب أمّه في المنزل، ومن الواضح أنّه ولا واحدة من هذه الآليات النفسية التي أشير إليها مثل (التقمص) (والإستدخال)... يمكنها أن تلاحظ بشكل مباشر، وإنما استدل عليها من ملاحظات سلوك الطفل بما في ذلك بعض ما قاله (أي الإعتماد علىٰ السلوك الظاهر علىٰ الطفل)، والواقع أنه يمكن أن تكون هناك مجموعة من التفسيرات التي قدّمهات فرويد وبالرغم من طبيعتها فإنها تبدو منافية للمنطق أو العقل، وعلىٰ كل حال فإن الواقع قد يكون غير مطابقاً لطريقة تفكيرنا حول الحياة العقلية التي يحياها الطفل، وأنه ليس هناك

سبب معقول أو مناسب يجعلنا لا نقبل مثل هذه التفسيرات، والنقد المقبول يجب أن يرتكز علىٰ أرضية ثابتة أكثر مما يرتكز علىٰ إعتقاد بسيط بأن فرويد قد أخطأ في تفسيراته.

إنَّ وولب (Wolpe)، ورشمان (Rachman) عام (١٩٦٠)، قد قدّما فكرة حول حالة (هانز الصغير) إشتملت علىٰ براهين مدعّمة بالحجج غير التي أتىٰ بها فرويد، وليس من الضروري التطرّق إلىٰ جميع التفاصيل حول نقاط النقد، ولكن سنشير إلىٰ واحدة أو اثنتين من النقاط التي تساعد علىٰ توضيح ذلك.

أولاً : لقد أشار كل من وولب، ورشمان، إلىٰ أنّ الطفل (هانز) لم يميل هو إلىٰ أمه جنسياً وفي أي معنىٰ ضيّق للجنسية، ولا أنه أراد أن يعبّر في خوفه عن كراهيته لأبيه، والواقع أن هناك علاقة وطيدة بين الأم والطفل.

ثانياً : يرىٰ وولب ورشمان أنّ خوف الطفل قد لا يخدم ببساطة وظيفة أن يؤدي بالطفل إلىٰ إبقاء أمّه معه في المنزل، ومن ناحية أخرىٰ لماذا هانز بقي يعاني من الخوف حتىٰ عندما يخرج مع أمّه لوحدها؟.

لهذه الأسباب ولأسباب أخرىٰ يمكن القول بأن ما انتهىٰ إليه (فرويد) هو غير علمي تقريباً، وفرويد مرغم علىٰ أن يلجأ إلىٰ مراوغات غير مقبولة للمنطق، ويمكن أن تكون أقوال فرويد في تفسيره لحالة هانز صحيحة لو أصاب الطفل شيء من التحسّن في التخلّص من مخاوفه. ولكن لم يحصل ذلك مما يشير إلىٰ أن تفسير فرويد غير مقبولاً.

هذا جزء من المناقشة لا يساعد علىٰ دحض نظرية فرويد لأنه لا يعتبر كافياً، والواقع أن حالة (هانز) هي حالة بسيطة، ولكن نظرية التحليل النفسي والمفاهيم المستخدمة تبدو بشكل صريح وواضح أنها عامة وغير علمية،

بالمقارنة بإتجاه العلاج السلوكي الذي يعتمد علىٰ أسس تجريبية ومنطقية تساعد علىٰ ملاحظة السلوك، إن شرح (فرويد) لحالة هانز (الخوف) يستدل منها علىٰ أنها غير حقيقية، حيث أنّ عملية الإستدلال (inferences) ذهبت بعيداً وراء ما يجب أن يكون عليه الدليل الصادق، من ناحية أخرىٰ فإن وجهة نظر فرويد تبدوا وكأنها منفصلة تماماً عمّا يعرف من حقائق، إلّا إذا أدّت وجهة النظر هذه إلىٰ استنتاجات موضوعية نتيجة فحص تجريبي دقيق، وإلّا لا قيمة لوجهة النظر هذه.

هناك شيئاً من الشك بأن علم النفس الحديث يعتمد علىٰ التجريب، وبهذا المعنى فإن مفاهيم علم النفس الحديثة تختلف عن التحليل النفسي، كما تختلف عن جميع الإتجاهات العلاجية النفسية التي تعتمد علىٰ أساس نمط الحياة العقلية للفرد، وإذا كان من الواجب علينا أن نقبل هذا التباعد أو النفور بين المفاهيم التجريبية الحديثة والتحليل النفسي، فإن تطبيق الطرائق العلمية في دراسة المشكلات التي نعيها ونفهمها (غير اللاشعورية) يؤدي بالتالي إلىٰ تعديل الإضطراب النفسي، ويكون التحسّن ممكناً، ولكن طالما أننا لا نتصرف بشكل علمي فإننا نسير نحو المخاطر في نظمنا العلاجية، قد تكون بصورة جزئية أو كليّة غير وافية وغير مناسبة.

إن الإدعاء بأن للعلاج السلوكي مزايا عظيمة ليس بسبب أنه يستند إلىٰ أسس علمية ولكن أيضاً بسبب قدرته علىٰ الوصول إلىٰ نتائج قلّما يؤدي إليها أنواع العلاج النفسي الأخرىٰ، يجعل من المفيد تقديم بعض الأدلّة حول هذه الإدعاءات ونبدأ بمقارنة النتائج العلاجية الناجحة للعلاج السلوكي بنتائج طرائق العلاج الأخرىٰ وخاصة طريقة التحليل النفسي، إن كل من ستافورد (Stafford)، وكلارك (Clark)، عام (١٩٦٣) استخدم طرق علاجية مختلفة وسجّلوا بعض النتائج الإحصائية بالنسبة للحالات التي انتهت إلىٰ الراحة من الآلام العصابية. من مختلف الدرجات، حيث بلغت نسبة هذه الحالات حوالي (٦٠ ـ ٩٠٪) عولجت كلّها بواسطة العلاج السلوكي.

وقام آيزنك (Eysenck) عام (١٩٦٠) بدراسة مقارنة استهدفت مقارنة

العلاج السلوكي مع العلاجات الأخرىٰ، واستنتج بأنه لا يوجد دليل واضح علىٰ أن طريقة العلاج بالتحليل النفسي، وغير ذلك من طرائق العلاج الأخرىٰ تساعد أو تسهّل عملية شفاء المرضىٰ من الحالات العصابية، كما أنّ آيزنك أخذ بعض الحالات التي عولجت بواسطة التحليل النفسي من قبل الدكتوروواين ستوك (Weinstock)، وشيرمان (Chirman)، الأعضاء في الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي، وقام بدراستها وتبين له أنه لا يوجد دليل واضح عن فوائد العلاج التحليلي، وبالإضافة لذلك فإن الدكتور (واين ستوك) قد صرّح بنفسه بأن نتائجه لم تكن في المستوىٰ المقبول، وأنه كان أكثر حماساً قبل علاج الحالات. كما صرّح أيضاً الدكتور جلوڤر (Glover) أحد أعضاء الجمعية البريطانية للتحليل النفسي بأنه لا توجد هناك دلائل علمية يمكن الوصول إليها، وكذلك فإن الدكتور مالان (Senior H. M. O) (Malan) عضو منظمة الصحة العقلية قد عبّر عن رأيه حول العلاج النفسي الإكلينيكي بقوله أنه انتهىٰ إلىٰ دليل لا يشير إلىٰ أن التحليل النفسي له قيمة علىٰ الإطلاق، (قيمة علمية أو علاجية) بالرغم من نجاح مثل هذه الطرق.

وأخيراً أشار ليفيت (Levitt) عام (١٩٦٣) إلىٰ أنه لا يوجد أساس واضح حول الإعتقاد بأنَّ العلاج التحليلي النفسي يساعد في شفاء الإضطرابات الإنفعالية لدىٰ الأطفال.

من ناحية أخرىٰ يرىٰ (آيزنك) أنه بالإمكان ضبط الشروط التجريبية باستخدام الطرق التجريبية من أجل معرفة تأثير حالة معيّنة أو عامل معيّن، وأن هذا الضبط يساعد علىٰ بعض التنبؤات النظرية، وهذا ما أيّده كل من بيتش (Beech) عام (١٩٦٠)، ويتس (Yates) عام (١٩٥٨)، أثناء معالجتهما

ملاحظة: في كتاب جديد حول التحليل النفسي لجولدمان (Goldman)، وشابيروا (Shapiro) عام (١٩٦٦) قدمت بعض الإقتراحات تشير بأن العلاج السلوكي يفيد في علاج بعض المشكلات حيث يفشل التحليل النفسي بها، إلاّ أن العالم فليمنك (Fleming) رفض ذلك.

لمريض يعاني من الخلجات العصبية يمكن وضعه تحت الضبط التجريبي بمعرفة الحالة النفسية التي تؤدي إلىٰ حدوث هذه الخلجات.

إلّا أنَّ السؤال الذي يتبادر إلىٰ الذهن هو كيف تقيّم نتائج العلاج؟ وما هي معايير ذلك؟ وهل يصح الإعتماد علىٰ معيار واحد أو معيارين فقط؟ وهل نسبة الشفاء تكون من حيث الأكثر سرعة؟، أم من حيث الأكثر شفاءً من الناحية المادية بالمقارنة بحالات أخرىٰ لم تتلق أيَّ علاج؟ لقد ذكر وولب عام (١٩٥٨) بعض النتائج التي انتهىٰ إليها من خلال تطبيق طريقة الكف بالنقيض علىٰ عينة من (٢١٠) حالة بأن نسبة تقدّر بحوالي (٩٠٪) من الحالات التي عولجت قد شفيت وتحسنت جيداً في مدّة متوسطها حوالي عشرة أشهر من العلاج. ويمكن اعتبار طول فترة العلاج، ونسبة الشفاء والتحسّن مع المقارنة بالحالات التي لم تعالج ذات أهميّة، وعلىٰ كل حال فإن هذه النتائج تعتبر مرتفعة إذا ما قورنت بنتائج معالجين آخرين استخدموا نفس الطريقة.

وهناك دراسة تستحق الذكر قام بها كل من شميدت (Schmidt)، وكاستل (Castell)، وبراون (Brown)، عام (١٩٦٥) علىٰ عينة من (٢٤) مريضاً عولجوا بطرق مختلفة من العلاج السلوكي، وقد انتهت النتيجة بالرغم من اعتمادها علىٰ عينة صغيرة من المرضىٰ إلىٰ دليل واضح عن الفعّاليات المختلفة للعلاج السلوكي في مختلف أنماط الإضطرابات النفسية، وبما في ذلك المرضىٰ الذين لم يستمروا في العلاج، وقد بلغت نسبة التحسّن حوالي (٧٥٪) من الحالات بالرغم من أن حوالي (٢٤٪) من هؤلاء المرضىٰ قد رفضوا تلقي أيَّ علاج آخر. وقد تبيَّن أن المشكلات الجنسية، والمخاوف بكافة أشكالها أكثر إستجابة لهذا النوع من العلاج.

ومن سوء الحظ أنَّ الدراسات المضبوطة في مجال العلاج السلوكي قليلة، ويمكن القول بشكل عام بأن الفرق بين العلاج السلوكي وطرائق العلاج الأخرىٰ ليست دائماً كبيرة، إلّا أن ما يثير الدهشة هو أن تاريخ العلاج السلوكي تاريخ قصير ومع ذلك حقق نتائج ممتازة، كما أن لهذا الشكل من

العلاج مجاله الطبيعي الواسع الذي يبدأ من تصحيح العادات السيئة للأسوياء ألىٰ كف بعض المفاهيم المعينة عن السلوك العصابي. هذا بالإضافة إلىٰ أن أساس العلاج السلوكي يعتمد علىٰ التجارب التي أجريت علىٰ الحيوانات وعلىٰ عمليات التعلم، بينما العلاج التحليلي النفسي لم يشتق من التجربة وإنما من ملاحظات إكلينيكية، وهذا ما يوضح لنا فائدة وعدم فائدة هذه الإتجاهات، إن أصل الإكلينيكية هو الإرتباط بحالة المرض من أجل فهمه، بينما في الدراسات التجريبية علىٰ الحيوان يشتق منها بعض المبادىء بالرغم من الشك في تشابه العصاب الحيواني بعصاب الإنسان، وهناك بعض الشك في أنَّ العوامل الثقافية من المحتمل أنها هي التي قادت فرويد إلىٰ نتائج معينة (كتاب الطوطم والتابو، وأزمة الحضارة لفرويد) تظهر الآن بشكل غير صحيح، ومن المهم الإشارة إلىٰ أن مشكلة تشابه أو تماثل (analogues) الدراسات الحيوانية حول الإضطرابات النفسية بالدراسات الإنسانية قد ارتبطت بتجارب علىٰ الكائنات البشرية مع الأخذ بعين الاعتبار بعض الفروق في ذلك، حيث تبدوا هذه الأنماط الحيوانية بعيدة عن أن تزودنا بوصف كامل عن منشأ الإضطرابات.

إن توصيات فرويد لوالد الطفل (هانز) إشتملت علىٰ ضرورة الكشف عن المصدر الأساسي للفوبيا (الأعماق أو الجذور)، والسؤال الذي يطرح هو ألا يمكننا أن نلمح من مشكلة الطفل (هانز) العلاقة الأسرية السيئة؟ ثم ألا نرىٰ بأن بعض المرضىٰ يسخطون على هذه التفسيرات الغير مقبولة عن سلوك الطفل، وحيث يجد المريض أن العلاج السلوكي أكثر فهماً وقابلية؟ وهل ما أشار إليه العالم مورر (Mowrer) عام (١٩٥٩) (وهو من أنصار التحليل النفسي) من أن هذا الشكل من العلاج ليس له أسلوب علاجي وقد يكون ضاراً في بعض الحالات (pernicious)، وعلىٰ العكس من ذلك نجد التفسير الذي طرحه كل من وولب، ورشمان، يبدوا أنه أكثر ملائمة من الناحية النظرية وذلك فيما يتعلق بإعادة تقييم حالة (هانز) التي أشار إليها فزويد في السابق، إن تفسير وولب ورشمان لهذه الحالة بسيط مع الأخذ

بعين الإعتبار جميع الحقائق الموجودة، إن هانز الصغير يتعرض إلىٰ الخوف أثناء وجود الأحصنة، وأن هذا الخوف قد ارتبط به عن طريق الإشراط، ولا يوجد أيُّ دليل حول وجود عقدة مرتبطة بهانز الصغير ومتعلقة جنسياً بالأم. ومما لا شك فيه أن التحليل النفسي استناداً لوجهة النظر هذه لا يستطيع التنبؤ ولو بقدر بسيط بالنتائج المتعلقة بعلاج الأعراض (symptomatic treatment)، وجماعة التحليل النفسي يرون بأن إزالة العَرَض (بفتح العين والراء) سيؤدي إلىٰ حلول عرض آخر، وهذا التنبؤ لجماعة التحليل النفسي، مبني علىٰ أن أيّ إضطراب نفسي ظاهري هو تعبير ودليل عن وجود عقدة داخلية، وإن ذلك يتبعه أنَّ أية محاولة للعلاج العَرَضي ستكون نهايته الفشل، لذلك فإنه عند إزالة العَرَض كما يفعل جماعة العلاج السلوكي فإن المصدر الأساسي للإضطراب لا يزول، وهذا يتطلب البحث عن الجذور الداخلية (inner roots) للإضطراب، وعلاج الجذور هو الذي يؤدي إلىٰ الشفاء.

إلّا أنَّ الدراسات دلّت علىٰ أنه نادراً ما يحدث ويظهر عَرَض أخر جديد يحل مكان العَرَض القديم، كما أن مثل هذا الإفتراض غير مؤكد، وهو إفتراض نظري فقط، وبالإضافة إلىٰ ذلك فقد ثبت بأن علاج العَرَض عن طريق العلاج السلوكي يؤدي دائماً إلىٰ نجاح المريض في تكيّفه داخل البيئة.

وهناك مبررات منطقية من أنَّ النمط (العَرَض) الذي يعتمد علىٰ الإشراط يمكن له أن يوضّح السلوك البشري، والإضطرابات النفسية، هذا بالإضافة إلىٰ نظريات التعلم التي هي تعتمد وبشكل واضح علىٰ مفهوم الصراع في إجراء تجاربها.

لقد برهن العالم سيرز (Sears) عام (١٩٤٣) علىٰ أنَّ العلاج النفسي (بطريقة التحليل النفسي) أقل فائدة، وفي نفس الوقت أوجد شيئاً من الدعم لمفاهيم التحليل النفسي وذلك من خلال عملية مسح قام بها علىٰ بعض الدراسات.

وأخيراً وبعد مراجعة هذه المصادر فإن الدليل الذي يمكننا أن نقول عنه أنّه يدعّم العلاج السلوكي، العلاقة الموجودة بين المتغيرات والإستجابات، أن هذه العلاقة القائمة بين المتغيرات النفسية وبين النتيجة العلاجية تجعل طريقة العلاج السلوكي مناسبة وتساهم في صدق النتائج، ويمكن وضع ثلاثة مصادر رئيسية للبرهان علىٰ ذلك.

١ ـ التجارب الحيوانية وتشبيه ذلك بالإنسان.

٢ ـ مقارنة العلاج السلوكي بالعلاج النفسي ومعالجة التجارب بدقة وبراعة.

٣ ـ الدراسات التنبؤية التيٰ تبدوا أنها منطقية ومقبولة للعقل.

من ناحية أخرىٰ يمكن للتجارب حول العلاج السلوكي أن تزودنا بدليل يتعلق بكيفية اكتساب الإضطرابات النفسية (وتكوين عادات عصابية)، وتُظْهر لنا مدىٰ إمكانية إزالة هذه الإضطرابات، كما تساعد في معرفة العوامل التي تؤدي إلىٰ التنبؤ بالنجاحات في العلاج، مثلاً إن شدّة القلق تؤثر في العلاج التنفيري وفي الكف بالنقيض، حيث كلما زاد مستوىٰ القلق كلما صعب العلاج وطالت مدته (Schimdt) (١٩٦٥)، كما أن خاصية أو نوعية العَرَض أو المرض يؤثر في ذلك وكما أشار ماركس (Marks)، وجيلدر (Gelder) عام (١٩٦٥) إلىٰ أن حالات الخوف من الأماكن المغلقة يصاحبها إستجابة أقل جودة من باقي أنماط المخاوف، ولهذا قرر كل من (ماركس) و (جيلدر) بأن حظ المرضىٰ ذوي الأعراض المرضية المختلفة من الشفاء يكون ضعيفاً إذا استخدمت طريقة الكف بالنقيض، كما أن جيلدر أضاف إلىٰ أن مشاعر الإحباط، وعامل توهم المرض (hypochondriacal) يؤثران في ردود الفعل العصبية التي تؤدي إلىٰ نقص في التحسّن. وبالإضافة إلىٰ ما سبق ذكره هناك أثر لعامل الدافعية علىٰ الإستجابة للعلاج السلوكي، ويمكن إفتراض ذلك بالنسبة لجميع طرائق العلاج الأخرىٰ، ومن الدراسات التي أشارت إلىٰ ذلك دراسة فرونيد (Freund) عام (١٩٦٠) التي اعتمدت علىٰ تحليل إستجابات إفراد يعانون من الجنسية المثلية خضعوا إلىٰ العلاج السلوكي التنفيري، وباستخدام طريقة شديدة في القسر والتكريه إعتمدت عل بعض الإجراءات القانونية

للمحاكم، وعلى البوليس، وانتهى فرونيد من دراسته إلى أن الذين استجابوا بشكل أفضل للعلاج هم الذين استمرو لفترة أطول، وهم الذين بحثوا عن العلاج دون السعي وراء اللّذة الخارجية. ويمكن أن يكون ذلك مرتبطاً ببعض الشروط التي دفعت إلى العلاج والتي تساهم في تعديل السلوك.

ويرى فستنجر (Festinger) بأن نتائج العلاج السلوكي يمكن التنبؤ بها من خلال معرفة العوامل الداخلية في عملية الإشراط، ولكن إذا كان الإشراط هو أساس العلاج السلوكي فهل بالإمكان من خلال الإختبارات النفسية إكتشاف أو معرفة فيما إذا كان فرد معيّن يمكنه أن يقبل هذا الشكل من العلاج أو أن لديه حساسية تعوق ذلك.؟

هناك دراسات استهدفت دراسة العلاقة بين عملية اكتساب المريض لإستجابة إشراطية معينة (في المختبر) وردود فعله إلى العلاج، ومن ثمة التنبؤ (بعد إجراء الإختبار) بنتيجة العلاج الذي يتضمن ظاهرياً عملية الإشراط، ولكن هل السلوك في التجربة يساعد على التنبؤ بنتيجة العلاج الإشراطي بشكل صحيح؟ هناك دراسات استهدفت الإجابة على مثل هذه الأسئلة مثل الدراسة التي قام بها مورغان سترن (Morganstern) عام (١٩٦٥) من أجل علاج حالات لمرضى يعانون من مشكلة التحوّل أو الإنقلاب الجنسي (Transvestist patients)، ومستخدماً طريقة العلاج التنفيري، مع عدة قياسات، إثنان من هذه القياسات هامة جداً، القياس الأول هو لمعرفة مدى قابلية المريض من أجل الوصول إلى اكتساب إستجابة إشراطية وهي النظر بعينين نصف مفتوحتين (Eyeblink)، وكانت الوسيلة هي إطلاق نفخة (puff) من الهواء داخل عين المريض مع قرن ذلك بصوت ما (tone)، وإن دليل حدوث الإشراط هو إمكانية الوصول إلى مرحلة حيث، يغمض فيها المريض عينيه عندما يحدث الصوت فقط.

نفخة هواء	←	تؤدي إلى طرفه عين أو إغماض العين
صوت + نفخة هواء	←	يؤدي إلى طرفة العين أو إغماضها
ومع التكرار يصبح الصوت فقط	←	مؤدياً إلى إغماض العين

أمّا القياس الثاني فيتضمّن عملية إشراط لفظية، حيث يستخدم المجرّب لفظة خاصة مثل قوله كلمة جيد (good) كمعزز أو مكافأة للمريض كلّما قام بالإستجابة المطلوبة. ومن المفروض أن عملية الإشراط تزداد كلما استخدم المعزز، وقد كان يجرىٰ ذلك قبل عملية العلاج، وبعدها، وبعد عملية العلاج قسّم المعالج المرضىٰ إلىٰ ثلاث مجموعات هي:

١ ـ مجموعة يظهر عليها التحسن وأعراض الشفاء.

٢ ـ مجموعة إنتكست بعد أن إستجابت للعلاج بصورة جيدة وكليّة.

٣ ـ مجموعة المرضىٰ الذين فشلوا في السير في العلاج التنفيري.

وتبيّن من النتائج أنّه لا يوجد علاقة بين الإستجابة للعلاج وبين تسهيل هذه العملية عن طريق ما اكتسبه المريض من إستجابة إشراطية لإغماض العينين قليلاً، إنما المرضىٰ الذين شفوا بالعلاج التنفيري قد أظهروا دليلاً علىٰ أهميّة الإشراط اللفظي (verbal conditioning) وأنّ ذلك كان له قيمة تنبؤية عالية. نستفيد مں ذلك بأن شكل واحد من أشكال القياس الإشراطي يرتبط بالعلاج السلوكي ويؤدي إلىٰ نتائج صحيحة.

إن العالم آيزنك (Eysenck) عام (١٩٦٥) إهتم بدراسة أثر جانب بسيط من جوانب الشخصية في عملية العلاج الإشراطي وهذا الجانب هو عامل الإنبساط (E) لقد إدعىٰ آيزنك بأن هناك دليل يشير إلىٰ وجود علاقة بين درجة (الإنبساط ـ الإنطواء) التي يتصف بها فرد ما وبين قابلية الفرد للإشراط، وبحيث أن الفرد المنبسط تكون عملية الإشراط لديه بطيئة بالمقارنة بالفرد المنطوي، كما أن الفرد المنبسط يظهر سرعة فائقة في إطفاء الإستجابة التي تعلّمها (عكس الفرد المنطوي)، ويرىٰ آيزنك أن لذلك أثره في عملية العلاج، حيث أننا إذا كنّا بصدد مريض منطوي فيمكننا أن نختار لعلاجه الطريقة المناسبة لإعادة تعليمه (Re - learning)، وأن تقدم إليه معلومات جديدة تجعله يتصرف بصورة أكثر تكيّفاً، علىٰ العكس من ذلك عملية فك الإشراط التي تهدف إلىٰ إطفاء العادات القديمة لدىٰ المريض،

وحيث تكون هذه العملية لدىٰ المنطوي بطيئة جداً، والإستجابة تقاوم الإنطفاء، وأضاف آيزنك بأن عملية التشريط لدىٰ فردما يمكن أن تتعدّل عن طريق الوسائل الكيمائية، حيث يمكن تغيير بعض السمات لدىٰ الفرد أو تعديلها، أو بعض ردود أفعاله تجاه الإشراط، مثلاً تعديل السمات من الإنبساط نحو الإنطواء، . . . والواقع أنّ العلاقة بين نتائج العلاج السلوكي ومفهوم الشخصية لدىٰ المريض ضعيفة جدا، وقد فشل كل من مورغانز سترن (Morganstern) عام (١٩٠٥)، وبول (Paul) عام (١٩٦٦)، وشميدت (Schmidt) عام (١٩٦٥) في إيجاد علاقة بين السمات الشخصية والإشراط تساعدهم في التنبؤ بحالة الشفاء واستخدامات العلاج السلوكي، وحيث لم يتوصل هؤلاء إلىٰ نتائج ثابتة، هذا علاوة عن أن الإنبساط (Extraversion) كسمة يمكن أن نشك في دلالتها، وهذا ما يضعف أيضاً العلاقة بين الدراسات الإشراطية والعلاج السلوكي.

أما البرهان علىٰ التغيير الإشراطي لفردما باستخدام العقاقير، فهذا وارد في كتب الدراسة حول العلاج السلوكي، وقد زوّدنا ماير (Meyer) عام (١٩٥٧) من خلال علاجه لحالتين من المخاوف بدليل تجريبي غير نهائي، وذلك بالإعتماد علىٰ وجهة نظر آيزنك التي تقول بأن إستخدام العقاقير يمكنه أن يسهّل ويسرّع من عملية الإشراط، وقد دعّم الرأي السابق كل من يونج (Young) وترنر (Turner) عام (١٩٦٦)، حيث وجدا بأن دورة العلاج السلوكي يمكن أن تتعدّل باستخدام العقاقير علىٰ النحو الذي حدده آيزنك في هذا المجال. ومع ذلك لا زلنا بحاجة إلىٰ براهين واقعية ودراسات عن إمكانية ضبط عملية الإشراط عن طريق العقاقير، وكذلك علىٰ عملية العلاج.

والدراسات مستمرة في هذا الإتجاه بعد ما بدأ بها آيزنك. ولكن هل حالة العلاج السلوكي تستقيم إذا اكتفينا بالأدلة والتوضيحات التي وردت في هذا الفصل؟ إن الإجابة عن هذا السؤال تعتمد علىٰ ما نعنيه من كلمة صدق (validity)، وذلك في تقييمنا لنتائج العديد من التجارب التي بعضها جيداً

والبعض الآخر سيئاً، ونحن إذا تبنّينا الموقف الذي يتضمن عدة براهين وأدلة متكاملة ومنسجمة مع فكرة أن العلاج السلوكي يؤدي إلىٰ نتائج مفيدة، فإن ذلك يؤدي بنا إلىٰ نتيجة مأمونة أو موثوق بها، وأيضاً إذا أمكننا القول ـ طبعاً عن طريق البراهين ـ بأن هناك شيء من العلاقة بين نمط الإشراط والإضطراب النفسي فإن ذلك يبدو بمعنى ما مؤشراً علىٰ معقولية الأدلة المقدمة في هذا الصدد، وربما يكون ذلك غير كافياً، ولكن هل علينا دائماً أن نحاول من أجل أن ندعّم الحقيقة حول أصول العلاج السلوكي، وتطوره، وقدرته علىٰ إزالة الإضطراب النفسي؟ إن مثل ذلك سيكون وبشكل مؤكد عقيماً وغير مثمراً، إن العلم لا يعتمد في تقدمه علىٰ الأسس والحقائق المتضمّنة لنظرياته والغير قابلة للتعديل، والهدف دائماً وببساطة هو اكتشاف طرق جديدة تدعّم تنظيم الحقائق وتطورها، والوصول إلىٰ صيغ تؤدي إلىٰ تنبؤات مُرضية (بضم الميم). بهذا المعنى هناك أشياء كثيرة يمكن الحديث عنها في مجال العلاج السلوكي، هذا الشكل من العلاج الذي يعتمد علىٰ أسس وحقائق مؤكدة، تساعد في وضع مبادىء علاجية تؤدي إلىٰ نتائج مؤكدة تنسجم مع هذه التنبؤات، ومن المؤكد أنَّ بعض الحقائق تكون متضاربة، كما أن ليس جميع التنبؤات ثابتة، وذلك لعدة أسباب وأخطاء، ومع ذلك إننا أكثر قابلية لتبني الإتجاه الأكثر علمية في الدراسة، وفي التطبيق ـ في مجال العلاج السلوكي ـ ويمكننا أن نؤكد بأنَّ كل شيء له قيمة في مجال العلاج سيصبح معلوماً لدينا، كما أنه سيتم رفض كل شيء يبدو غير ذلك.

الفصل السابع عشر

مآخذ تثار ضدّ العلاج السلوكي

(الحالة المضادة للعلاج السلوكي)

(The Case Against Behaviour Therapy)

الفصل السابع عشر
مآخذ تثار ضد العلاج السلوكي

(الحالة المضادة للعلاج السلوكي)
(The Case Against Behaviour Therapy)

في الحالة التالية نجد مريضة تعاني من الخوف المرضي من التلوّث، تتأمل قصاصات من الورق الملوّثة الموضوعة علىٰ الطاولة أمامها، وهي تنظر إلىٰ القصاصة رقم عشرة التي تعتبرها المريضة بأنّها ملوّثة جداً، وهذه هي القصاصة التي لامست شعرها، وهناك ورقة رقم تسعة ليست ملوّثة (أو رديئة) جداً، ولكنها تلامس الورقة رقم عشرة، . . . وهكذا هناك أوراق متسلسلة من الرقم عشرة إلىٰ الرقم واحد التي هي ورقة أقل تلوثاً من جميع الأوراق. . . وفي البداية (بداية العلاج) رفضت المريضة أن تلمس الورقة رقم واحد ولكن بعد فترة من التدريب إستطاعت أن تلمس هذه الورقة ووريقات أخرىٰ، وتدريجياً إستطاعت لمس الورقة رقم عشرة، ودون أي شعور بالخوف أو القلق، وقد كانت المريضة لا تستطيع لمس شعرها لأن ذلك كان يثير لديها كثيراً من القلق، ولكن عملية التدريب هذه قد قربتها أكثر نحو ذلك وأضعفت من فكرتها بأن شعرها ملوّث (contaminated)، وقد استطاعت المريضة أن تميّز بأن فكرتها عن تلوّث شعرها هي فكرة سخيفة ومنافية للمنطق والعقل، ولكن في حالات الإحباط إعترفت المريضة بأنها ما زالت تعتقد بأن ذلك حقيقياً (أي تلوّث شعرها).

إن هذا الإعتقاد بتلوّث شعرها منعها من أداء الكثير من أعمالها المنزلية، حيث كانت تنتابها بعض الإعتقادات المرضية، وإن عادتها في

غسل يديها كانت السبب الكبير في إزعاجها، وكانت تشعر بأن عليها أن تغسل يديها مئات المرات عندما تريد مسك أي شيء ملوّث، وهذا السلوك قد زاد، وقد وجدت المريضة أن هناك بعض الصعوبات في علاجها، وليس فقط من حيث عملية العلاج، وإنما من حيث تزويدها بمعلومات معيّنة. ومن بين هذه الصعوبات التي لوحظت بوضوح ما يلي:

١ - بدا من الواضح علىٰ المريضة بأن فكرتها عن التلوّث كانت طاغية علىٰ سلوكها، ولا يوجد هناك أي جانب أو مبدأ يساهم في تحقيق الراحة واللذة، وتجنب الألم، وبحيث يساعد ذلك في عملية الإشراط الإجرائي، وإن سلوك المريضة كان معقداً جداً، وإن هذا التعقيد والغموض أحياناً يجعلنا لا نجد نظرية من نظريات التعلم تلائم ذلك، حيث أن كل سلوك مضطرب يمكننا أن نعبّر عنه بواسطة نظرية الإشراط في التعلم، ولكن هناك حالات تعارض القدرة علىٰ التنبؤ إستناداً إلىٰ عملية الإشراط. والواقع أن الجانب النظري غير كافياً لتوضيح أو وصف الإنحرافات السلوكية، حيث أن بعض هذه الإنحرافات يمكنها أن تستند علىٰ مبدأ الإشراط والبعض الآخر لا يستند إلىٰ ذلك. وطبعاً فإن المعالجين السلوكيين لا يدّعون بأنهم يمكنهم عن طريق نظرياتهم معالجة جميع الإنحرافات السلوكية وجميع المرضىٰ، ولكنهم يرون بأن الإختلاف في الشروط والظروف لم تؤخذ بعين الإعتبار، أو بصورة جدّية.

٢ - هناك شيء من الخطورة في أن يصبح البرهان دائرياً، حيث أن السلوك يكتسب من خلال عمليات الإشراط إذا كانت الإستجابة مفضّلة، أي إذا كان السلوك مكوّن عن طريق الإشراط فيجب أن تكون الإستجابة للعلاج ناجحة (طالما أن الإستجابة تؤدي إلىٰ خفض القلق والخوف)، ولكن إذا فشل المريض في ذلك، فيجب الأخذ بعين الإعتبار المؤثرات الأخرىٰ. إن برجر (Berger)، وماك جو (Mc. Gaugh) عام (١٩٦٥) قد تنبّها لهذه النقطة من النقد الموجّه للعلاج السلوكي الذي يتطلب الأخذ

بعين الإعتبار النقاط الأخرىٰ (العوامل) التي لها علاقة بهذا الموضوع، لقد كنّا قد ذكرنا سابقاً بأن العلاج السلوكي يعتمد علىٰ الأساس العلمي وهذا ما نَكَرَه بصراحة كل من (برجر) وماك جو) وهما يريان بأن علمانية هذا الإتجاه من العلاج أمر مشكوك فيه، وأشارا إلىٰ أن بندورا (Bandura) عام (١٩٦١) ومن خلال وصفه لما أسماه بالعلاج التحصيني (desensitization treatment) قد أشار إلىٰ إستخدام مثير الخوف وإستجابة الإسترخاء، مما جعل هذا العلاج يبدو أنه محدود جداً وناقص الدقّة، وبحيث بدت المفاهيم التي تحدث عنها بندورا تختلف كثيراً عن نفس المفاهيم التي تستخدم في نفس الوضع داخل المختبر، وهذه تتغيّر بدورها عند تطبيقها في مجال العلاج السلوكي، ونفس الشيء بالنسبة إلىٰ كلمة إشراط، فمن الطبيعي أنَّ الموقف داخل مختبر العالم الروسي إيڤان پاڤلوف يختلف عن الموقف حيث يكون المريض مضطراً لأن يعبّر عن عدوانيته وبالتالي يعطىٰ صدمة (كهربائية) كعقوبة له. إنّ ما يجب أن يفعله جماعة العلاج السلوكي هو أن يتجاوزوا الأصل الأول للترابط وتجارب بافلوف الكلاسيكية داخل المختبر، إن نظرية التعلم الحديثة تشكّل وحدة كليّة من القوانين والمبادىء، وتشير إلىٰ أن هناك حقيقة قد أغفلتها نظريات التعلم وكان من الواجب أخذها بعين الإعتبار، وهذه الحقيقة التركيز علىٰ العمليات الإدراكية والمعرفية، وعلىٰ مناسبة وكفاية التعزيز.

إن هناك نوع من الشك في أنَّ أيّة فكرة بدائية حول الإشراط غير كافية لأن تشمل السلوك البشري المعقّد وكما أشرنا سابقاً، إن نظرية التعلم الحديثة تجد من الضروري أن يكون العلاج عن طريق التأكيد على الأحداث الداخلية والغير ملاحظة، حيث أن السلوك ليس دائماً هو الملاحظ، وهناك مشكلة أخرىٰ هي كيف يمكننا أن نفسّر عملية التعميم، أو إنتشار الإضطراب من فاعلية شاذة وحيدة إلىٰ العديد غيرها، وكيف يمكننا أن نفسّر التحسّن العام الظاهري الذي كان بسبب إزالة صعوبة أو إضطراب معيّن.؟

من الواضح أنه وبدون أن نأخذ بعين الإعتبار عوامل المعرفة والإدراك لا يمكننا أن نصل إلىٰ أي شكل من التعميم (generalization)، ونفس الشيء فإن التأثير الفكري من قبل المعالج علىٰ المريض يلعب دوراً هاماً بالنسبة لمثيرات واستجابات معيّنة، إن (برجر) و(ماكجو) أخذا حالة من حالات (وولب) التي قام بعلاجها وهي حالة امرأة جذّابة بدت عليها علائم التعاسة بسبب علاجها من قبل أشخاص لا يفهمونها، لقد كانت حياتها مألوفة، ولكن المعالج كان ينظر إليها بازدراء وإحتقار، وصرّحت بأنها كانت تشعر بضعف في تأكيد ذاتها، ومن الصعوبة أن تتحرر من قلقها وتوتراتها، إن (برجر) و(ماك جو) يريان أن هذه المشكلة معقّدة ولا يكفي فيها التغيير في السلوك الظاهري من أجل إزالة القلق والتوتر، كما أنّ التخيّلات، والأفكار، والإستجابات يمكن دراستها عن طريق الإشراط كما أن ذلك يؤثر في عملية الإشراط، ويرىٰ (برجر وماك جو) أيضاً بأن هناك فوائد كثيرة إذا تجاوزنا السلوك الظاهري للعلاج، وأول هذه الفوائد هو معرفة سبب إستبدال عرض بآخر، ثم إن هناك فائدة في معالجة العمليات اللاشعورية، والوعي، والنقص في الإستبصار، ويقترح (برجر وماك جو) إلىٰ أن خطوات العلاج يجب أن تحتوي علىٰ خطوات تمهيدية تشتمل علىٰ دراسة اللغة العصابية (Neurotic Language) المستخدمة من قبل الفرد، حيث يمكن الوقوف علىٰ بعض العادات الهامة، كما يمكن وضع المريض في موقف حيث تكون لغته غير مفهومة وهذا ما يجعله يتهيأ لتلقي معلومات أساسية جديدة.

وبالإضافة لذلك أشار كل من آيزنك عام (١٩٦٦)، وويست (Wiest) عام (١٩٦٧) وإيفان (Evans) عام (١٩٦٧) إلىٰ أن هناك إعتراف صريح بأن نظريات التعلم ومبادئها تقصر في إعطاء معنىٰ كامل وتام حول السلوك البشري، وإن هذه المبادىء تدعّمها التجارب، ونأمل في أن نأتي بشيء جديد أفضل مما هو كائن الآن، ومع ذلك فإن علينا أن نستخدم أفضل ما هو متوفر لدينا الآن، كما أن هناك إعتراف بأن هذا المجال (العلاج السلوكي ونظريات التعلم) قد فتح أمام الدارسين ما يمكن أن نسميه بالمعرفة أو الإدراك الشخصي (التفكير، الغرضية، المحاكمة، التخطيط، خصائص

أخرىٰ من السلوك البشري). إن القصور في نظريات التعلم هو في كونها غير قادرة علىٰ شرح وتفسير جميع أبعـاد السلوك المعقّد، وبحيث يـرغم ذلك الباحثين إلىٰ البحث في مكان آخر (غير نظريات التعلم لتفسيـر السلوك)، ويؤكّد برجر وماك جو علىٰ أن التفكير هو خير مجال للبحث، ويمكن القول بأن النقد الموجه للعلاج السلوكي أن ما يقوم به العلاج السلوكي يختلف عن الذي يبشّر به (What behaviour therapy does is not What is Preaches).

ويؤكد (برجر) علىٰ ضرورة تعـديل أفكـار المريض في بـداية وأثنـاء العلاج، وحتىٰ نتمكّن من الإجابة علىٰ السؤال التالي وهو كيف يتم نجاح العلاج؟

لنأخذ علىٰ سبيل المثال الحالة التي قام كل من والتـون (Walton)، وبلاك (Black)، عام (١٩٦٠) بالإشراف علىٰ معالجتها، وهي حالة مريضة هستيرية مزمنة تعاني منذ سبع سنوات من فقدان القدرة علىٰ النطق بسبب عوامل نفسية وعوامـل عضويـة، وأجري لهـا العديـد من العلاجـات داخل المستشفيات، وفشل كل ذلك في تحقيق أي تحسّن للمريضة التي تعاني من حالة فقدان الصوت الهستيري (Aphonia).

وفي رأي الإخصائيين (والتون وبلاك) كانت المريضة لا تستطيع الكلام بـالرغم من عـدم وجود أي خلل عضـوي، والعلاج إعتمـد علىٰ نوع من الممارسة السلبية (Negative practice) التي استخدمت سابقاً من قبل العالم يتس (Yates) وباختصار كان العلاج يتضمّن إعلام المريضة بأن صوتها يحتاج إلىٰ تمرين منظّم لقراءة ما تهتم به، أو لمحاولة قراءة ما يشوق لها من الكتب المحببة، والتمرين كان لمدة (١٥) دقيقة، وبحيث إذا لم يزداد حجم كلام المريضة من جلسة إلىٰ أخرىٰ، فإن الوقت الذي ستمضيه هذه المريضة في محاولة القراءة سوف يزداد، وعلىٰ العكس من ذلك إن أية زيادة ملاحظة في حجم القراءة، أو كلام المريضة سيؤدي إلىٰ تقصير زمن جلسة العلاج، وقد أخبرت المريضة بذلك، ويمكننا القول بأن محاولة المريضة استخدام صوتها سوف يؤدي بها إلىٰ التعب والإعياء، وإن أي جهد مصاحب لذلـك سوف

يؤدي إلىٰ حالة من الكف في الحال. وعملية التحسن تؤدي إلىٰ كف حالة التعب بسبب عدم إطالة زمن التدريب، والإستراحة. إن هذه الإجراءات حسب رأي كل من والتون، وبلاك، قد أدت إلىٰ إزالة سلوك عدم الصوت، أو عدم الكلام.

وإذا دققنا في هذه الحالة نجد أنه لا يوجد علىٰ الإطلاق سبباً محدداً يعتمد علىٰ أسس نظرية مشتقة من العلاج، ولكن هذا ما أشار إليه بعض المؤلفون، إذن لماذا تكلّم المريض ثانية؟ إن افتراض (والتون ـ وبلاك) هو أن عملية كفّ الصوت (والإمتناع عن الكلام» كانت تقوم بوظيفة عدم التعبير عن عادة ما، ويظهر أن للدافعية الفردية أهميّة كبرىٰ في هذا المجال، حيث أن المريضة أخذت تقرأ من كتاب تحبّه وينسجم مع إهتماماتها، وهذا ما ساعد علىٰ وضع نظام للتمرين «العلاجي».

ويمكن القول حسب وجهة نظر (بلاك ـ ووالتون) بأن قيام المريضة بأيّة محاولة لإستخدام صوتها سوف يؤدي إلىٰ تعب وإعياء ـ أو إلىٰ مشكلات ـ وإن أيَّ إجهاد يتعلق بهذه الحالة سوف يتعرض إلىٰ كف في الحال، إن هذا الإفتراض ساعد (بلاك ووالتون) علىٰ إزالة سلوك عدم القدرة علىٰ الكلام لدىٰ هذه المريضة.

أولاً : دعنا نلاحظ بأنه لا وجود لسبب يعتمد علىٰ أسس نظرية يمكننا من خلالها إشتقاق عملية العلاج. ولكن ـ وكما أشرنا في السابق ـ لماذا تكلّم المريض ثانية؟ وللإجابة عن ذلك يمكن القول بأنه إذا كان هناك أيَّ شيء يساعد علىٰ إيجاد مبررات أفضل تتناسب مع إفتراض أو وجهة نظر (بلاك ووالتون) بأن عملية الكف سوف تلحق أي شكل من التصويت، بالإضافة إلىٰ بعض العادات المضادة لعملية التصويت (Anti - Vocalization).

ثانياً : إنه من الواضح بأن الدافعية تلعب دوراً هاماً في هذا المجال، إنها تزيد من عملية اهتمام المريض لقراءة كتاب ما، ومن المفترض أن ذلك يدخل في عملية الشرح والتوضيح المقدمة

للمريض، حيث نجد أنه تمَّ إختيار كتاب مرغوب فيه، أثناء عملية التدريب المنظمة ـ علىٰ العلاج ـ وهذا ما يؤكد علىٰ أن عامل الدافعية وعامل الاهتمام، من العوامل الضرورية في هذا المجال، وبالإضافة إلىٰ ذلك فإن المريض عندما تتحسَّن حالته فإنه سيشير بأن العَرَض الذي أصابه من المحتمل أنه يشبع لديه حاجة ما (Satisfied a Need)، وذلك تحت ظروف من القهر أو الإجبار.

والواقع أن ما لدينا هنا هو مثالاً عن عملية تطبيق مشكوك بصحتها من الناحية النظرية، وتبدو أنها تتعارض مع إستنتاجات وجهود بعض المعالجين، وخاصة أن عملية الاستبصار تتم من خلال طريقة غير مضبوطة، إن تسمية مثل هذه الدراسة بأنها تمرين تطبيقي لنظرية التعلم الحديثة يترتب عليه شكوك أساسية، وخاصة من أجل أبحاث أخرىٰ تسعىٰ أن يكون فيها الأداة الرئيسية نفس المبادىء والمفاهيم ـ الواردة في نظريات التعلم الحديثة ـ، والواقع أن هذه الإجراءات، وبالرغم من نتائج النجاح الكبيرة، يمكن أن توضِّح بشكل أفضل إذا استخدمت مبادىء أخرىٰ للتعلم مثل الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning)، ومثل هذا الشكل من التعلم هو ليس غير عادياً (Are not unusal)، وبالرغم من أنه من الواجب القول بأن معظم الدراسات هي أقل انفتاحاً نحو نقد هذا النمط من المقترحات أو الإجراءات، وبالرغم من النجاح المدهش أحياناً لنتائج هذه الدراسات، إلَّا أنَّ مشكلات جديدة تتعلق بالمعالج السلوكي (Behaviour therapist) الذي يدرك ـ عملياً ـ كيف تكون عملية العلاج سواء بطريق الصدفة، أو عن طريق التخطيط المسبق غريبة (أو بعيدة) عن النظريات التي تتعلق بالعلاج السلوكي.

أمّا فيما يتعلق بإستمرارية العلاج السلوكي، وبالمواضيع التي يطرحها، فإن العالم جوزيف وولب يميِّز بين ما يسميه بالمخاوف الموضوعية (Objective Fears) مثل الخوف من الموت، والخوف من عدم المعرفة، ومن فقدان العقل... وبين المخاوف العصابية (Neurotic Fears)، وهو يرىٰ بأن

المخاوف الأولىٰ يمكن معالجتها بواسطة إعادة التأكيد والشرح (عملية إستبصار)، بينما المخاوف الثانية يصعب فيها ذلك، من هنا كانت عملية التمييز والشرح ضرورية في العلاج السلوكي، بالإضافة إلىٰ ذلك فإن مثل هذه الإجراءات (القياسات) البسيطة تساهم في تبديد الأفكار الضارّة التي قد لا تمثل سبباً كلياً في المشكلة.

والواقع أنَّ وولب نفسه يشير في نصوص أخرىٰ إلىٰ أهميّة ما أسماه بردود الفعل الرمزية الحقيقية، (True Symbolic Reactions)، حيث وجد في بعض الحالات التي أشرف علىٰ علاجها بأن رغبة المريضة للتخلص من علاقة جائرة مع زوجها يبدو أنها تتعلق بخوف المريضة من أن تصبح منغلقة علىٰ ذاتها (Closed in).

ومرّة أخرىٰ يمكن لأحد ما القول بأن العقدة الطبيعية للمعالج تكون في أنه أحياناً، ودون قصد، يكشف عن حالات تدّعم نتائجها العلاج السلوكي، علىٰ سبيل المثال إن وولب قد صرّح عن حالة رجل تهدده مجموعة من المخاوف من أفاعي غير مؤذية (Harmless Snakes)، دون القدرة علىٰ مواجهة ذلك منذ أكثر من ثلاث سنوات، إن مثل هذه الحالات المستعصية يبدو أنها تدّعم الإقتراح بأن تقدم العلاج يكون أكثر من إعتماده علىٰ الصدفة.

إن الحالات المضادة للعلاج السلوكي يمكنها أيضاً أن تحتوي علىٰ جانب من النقد للمظاهر العملية للفاعلية ـ العلاجية ـ التي هي علىٰ وشك قريب أن تلحق بذلك، بحيث يمكن القول علىٰ سبيل المثال بأن النتائج المشجّعة التي أمكن الحصول عليها هي لحالات عادية تتضح فعاليتها بشكل واضح وواقعي، ولكن عندما تكون الموضوعات لمرضىٰ يعانون من مخاوف عصابية فإن النتيجة لا تكون مشجّعة بنفس القدر، وعلاوة عن ذلك يمكن القول أنه في الحالات (الظروف) النفسية الشاذّة فإن هناك دليلاً علىٰ أن هناك مدىٰ محدود للمشكلات التي ينفع فيها العلاج السلوكي، وبشكل رئيسي المخاوف، وهذا حسب ما جاء لدىٰ (راشمان) و(آيزنك) وما توصلا إليه من نتائج حسنة في هذا المجال، ولكن من أي جاء إعتقاد جميع

العاملين المتميزين في هذا المجال والذين يرون بأن طرائق العلاج السلوكي هي طرائق فعّالة في تعديل السلوك العصابي؟ ربّما أن هؤلاء يعتقدون في قرارة أنفسهم، أو أن لديهم الدليل العقلي الذي يشير إلى أن بعض الإضطرابات العصابية (Some Neurotic distrubances) يظهر عليها علائم التحسّن بواسطة العلاجات السلوكية بشكل أو بآخر، بهذا المعنىٰ فإننا نتفّق مع تلك النتائج.

إن النقد اللاذع (The Relentless Critic) للعلاج السلوكي يمكن أن يذهب بعيداً ليشير بأن النتائج التي تمَّ الحصول عليها باستخدام هذه الأشكال من العلاج هي ببساطة نتائج لعملية تقييم غير مصقولة.

كما يوجد ميل (لا مبرر له) نحو المبالغة في نسب النجاح بالنسبة لبعض أشكال العلاج التي تجعل هذا الاتجاه من العلاج موثوقاً به، إن تاريخ الطب النفسي، والطب العام متخم (is Replete) بحالات شفاء ناجحة لم تخضع إلىٰ عملية مسح أو تفحّص دقيق (Careful Scrutiny)، ولكن هل هذا يشكل من الناحية الواقعية قاعدة - أو سنداً - لتقبل عملية العلاج؟.

إن احتياجنا ليس فقط لقدر كبير من الموضوعية والعمل المنطقي في قياساتنا وفي تقويمنا لنتائج العلاج، ولكن الاعتماد علىٰ عملية التكميم - من الكم - ضروري أيضاً في مجالات عديدة للعلاج السلوكي، وكمثال علىٰ ذلك نأخذ طريقة جوزيف وولب حول الكف بالنقيض (Reciprocal inhibition)، والتي تشير من خلالها بأن إستجابة القلق يجب أن توقف بواسطة خبرات بعض الإستجابات المضادة لذلك. مثل إستجابة الإسترخاء، أو إستجابة السرور. وفي الواقع وحسب هذه النظرية فإن هذا يعني بأنه إذا كان الموقف يثير (٢٠) وحدة من القلق، فإننا نكون بحاجة علىٰ الأقل إلىٰ (٢١) وحدة من الإسترخاء، أو الشعور بالراحة والسرور وذلك من أجل عملية كف القلق. حول هذه النقطة بالذات لا يوجد حتىٰ الآن محاولات جادّة (Se- rious attempts) تهدف إلىٰ قياس نسبة قوىٰ هذه الإستجابات، ومن المفترض

بـأن ردود فعل المـرضىٰ تختلف من واحد لآخـر تجاه المثيـرات ـ المؤدية للقلق ـ.

إن هذا الجزء من المناقشة يبدو وبشكل واضح أنه غير مرضياً عنه، (أو غير كافياً)، ولكن من الصعب علىٰ المجرّب أن يقوم بعملية تخمين مثل هذه الحالات بطريقة مناسبة وكميّة. إن التكنيكات ليست علىٰ قدر كافٍ لعمل ذلك، بالرغم من أننا نوافق علىٰ أن أيّ شكوك حسابية هي ضرورية من أجل مقارنة القوىٰ النسبية لحالات الشعور.

إن إعتقاد (وولب) بأن الحاجة إلىٰ قمع القلق (Suppression of anxiety) لا تتم بشكل كامل، ولكن هذه الحاجة تكون جزئية فقط، وهذا لا يخلّص الفرد من مشكلته. وهناك في هذا الصدد بعض الملاحظات مثل:

١ ـ **أولاً**: يمكن القول أن هذا الاعتقاد السابق لوولب يخضع لمبدأ أساسي هو الكف بالنقيض، (علىٰ الأقل بالمعنىٰ العام لذلك).

٢ ـ **ثانياً**: إذا كانت عملية قمع القلق تتم بشكل جـزئي (كما في معـظم الحالات)، فلماذا تكـون العلاقـة أو الإرتباط بين هـذا القلق وبعض المثيرات ليست قويّة؟. وهل يوجد في أي حادث ـ من هذا القبيل ـ حداً لدرجـة القمع الجـزئي الضروريـة (للقلق)؟، وهل يمكن قيـاس ذلك، وذلك إذا تمَّ معرفة هذا الحد؟ لا توجد أجوبة عن هذه الأسئلة حتىٰ الآن. ويمكن أن تشتمل عملية النقد أيضاً بعض التوضيحات عن مدىٰ واقعية (أو حقيقة(ما يمكن أن نسميه بالمفاتيح الأساسية لهـذه الطرائق العلاجية، ولماذا ستوجد هذه الطرائق إذا كان معظمها تعتمد علىٰ أنموذج الإشراط؟ من المؤكد أنَّ الطرائق المختلفـة تعتمد علىٰ أساس واحد من المبادىء، وبالتالي فإنها تؤدي إلىٰ نفس النتائج. مع الأخذ بعين الاعتبار بعض الفروق في الفعالية.

ومن الواضح أنه في بعض الحالات قد لا تؤدي طريقـة ما إلىٰ أيّـة نتيجة، لذا كان من الضروري البحث عن طريقة بـديلة. ولكن أليس هذا

الشكل من الشك الذي يعتمد علىٰ إفتراضات هؤلاء المعالجين، يساهم أيضاً في الأساس العام (للعـلاج)، وكذلـك أليس عنصر الحظ في البحث ومن خلال إختيار طريقة ما في العلاج يترك أحياناً أثراً صارماً علىٰ عملية العلاج؟

وعلاوة علىٰ ذلك لماذا معظم المرضىٰ لا يبدون دليـلاً واضحاً علىٰ عملية تعلم واضحة، وذلك تحت شروط التدريب التنفيري (Aversive training).

ومن المؤكد بأن الفئران، وحيوانات أخرىٰ (وكذلك الأطفال الصغار)، يبدون مقدرة علىٰ تمييز مثل هذه الشروط التي تخضع لعملية عقاب، عن الشروط التي لا يصاحبها ذلك (أي عقاب). ولكن من ناحية أخرىٰ لماذا مدمني الكحول أو المرضىٰ بالجنسية المثلية (Homosexuality) يظهر عليهم الفشل في تمييز ما يحدث لهم في جلسة العلاج عمّا يحدث لهم في عالم الواقع؟، هل يمكننا أن نفترض بأن حجم المرضىٰ هو الذي يصنع عقولهم (The Bulk of Patients make up their minds)، أو أن ذلـك يعـطينـا بعض المحددات التي تساعد علىٰ التغلب علىٰ مشاكلهم؟ وإذا كان الأمر كذلك، ألا يبدو لنا بأن ذلك يتضمّن أشياء أخرىٰ أكثر من عملية إشراط مباشرة (أو صريحة) (Straightforward Conditioning)؟

هذه فقط بعض من الملاحـظات النقديـة التي يمكن أن توّجـه ضد الجانب النظري والجانب العملي للعلاج السلوكي، وبعض هذه الملاحظات تمَّ الإشارة إليها في الفصول الأولىٰ. والسؤال الذي يجب أن نطرحه فيما إذا كانت هذه المناقشات والبراهين ذات قوة كافية لأن تلغي، أو تجعلنا نتجاهل الإعتبارات الإيجابية التي مررنا عليها؟ إن أيّة إجابـة علىٰ هذا السؤال في الوقت الحاضر يجب أن تكون كافية (mst be a qualified one)، إن هناك بعض لشكوك التي تجعلنا نواجه العديد من الصعوبات وذلك قبل أن نصل إلىٰ حـالـة من الثقـة في أن العـلاج السلوكي يلعب دوراً بـارزاً في عـلاج الإضطرابات النفسيـة، من ناحيـة أخرىٰ، وفي مجـال العديـد من حالات العـلاج النفسي الغير كـافية، يـظهر لنـا بأن العـلاج السلوكي يقدّم بعض الإعتبارات والآمال التي ستعتمد علىٰ النتائج المستقبلية للأبحاث وتطورها.

الفصل الثامن عشر

مستقبل العلاج السلوكي «من خلال النظّارة»

(Through The Looking Glass)

الفصل الثامن عشر

مستقبل العلاج السلوكي «من خلال النظّارة»

(Through The Looking Glass)

هناك ميل أو إستعداد واضح وخاصة لدىٰ الفئات الشعبية حول العلاج النفسي، ونحو زخرفة صورة متفائلة للنتائج التي يتم الحصول عليها من جراء علمية العلاج، ويأمل العالم ستافورد كلارك (Stafford clark) بأن يصبح هذا الشكل من العلاج النفسي ذو الطبيعة المحدودة له قيمة كبيرة بالنسبة لكل إنسان يحتاج إلىٰ ذلك، ويبدو أنّ العلاج السلوكي يستحق درجة من التقدير والثقة وذلك بسبب الفوائد التي يتم الحصول عليها من خلال هذه الطرائق، التي تسعىٰ وراء تأكيد بعض الأدلة الواضحة حول مدىٰ فعاليتها، ووجهة نظر كلارك ترىٰ بأن العلاج النفسي، والتحليل النفسي قد استقرَّ كل منهما علىٰ العديد من الفرضيات التي يمكن إعتبارها لحد ما ذات أساس موضوعي ومتين، ومع ذلك فهي تبدو إلينا متغايرة عن بعض، والبراهين في ذلك بيّنة وواضحة.

وكذلك فإن الآراء لا يمكن إعتبارها بدائل مناسبة عن الحقائق، إنها تبدو معقولة وصالحة للمناقشة، وهي تساعد علىٰ بناء نتائجنا عن أهمية العلاج وبالإعتماد علىٰ نوع من الأدلّة الضرورية وذلك لإختيار ما يمكن أن نسميّه بمحرك العربة (A Motor Car)، وما يهم ليس الآراء، ولكن الأشكال التي تتعلق بعملية الإنجاز العملي في مجال العلاج، ونحن إذا قلنا بأن الإحصائيات تصلح في مجال الحديث عن محرك العربات، ولكنها لا تصلح إذا كنّا بصدد الحديث عن الناس وفي مواقف العلاج، إننا أكثر شوقاً للأخذ بعين الاعتبار البراهين الإحصائية، ولكن الصورة ليست مشرقة بشكل كلّي كما شاهدنا في الفصول السابقة.

والواقع أن مميّزات العلاج السلوكي لم تترسخ بعد علىٰ أسس ثابتة، ومن الصعب القول بأن هذا الشكل من العلاج بإمكانه أن يبرهن علىٰ النتائج التي حصل عليها دون الرجوع إلىٰ نتائج العلاجات النفسية السابقة، ـ مقارنة النتائج في طرائق العلاج النفسي المختلفة ـ. وإذا كانت هذه التأملات حقيقية فهل يمكننا الاتفاق مع ملاحظات ستافورد ومن أجل تكريس عُشْر الوقت في التدريب الطبي من أجل تعليم العلاج النفسي؟

إن الفكرة الشعبية لا يمكنها أن تعطي صورة حقيقية عن ذلك، وأن العلاج النفسي عليه أن يعمل الكثير من أجل أن يصل (أو يقدّم) طريقة ناجحة في تخفيف ضغوط الحالات العصابية، والأشكال الأخرىٰ من الآلام النفسية، وعلىٰ كل حال فإنه العبء الأكبر ملقىٰ بالدرجة الأولىٰ علىٰ صدور المعالجين النفسانيين أنفسهم، ويبدو أن المعالجين السلوكيين يهتمون بالقضايا التي تساعدهم على إظهار مدىٰ صدق طرائقهم العلاجية، بهذا المعنىٰ فإن الطاقة، والحماس الذي يتم في مجال أداء هذه المهمة سيكون أمراً بارزاً، ورائعاً، وخاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار التاريخ النسبي لمثل هذه الطرائق العلاجية ـ السلوكية ـ.

إن هناك إرادة واضحة من أجل إخضاع العلاج السلوكي إلىٰ إختبارات هامة، بما في ذلك تحليل مدىٰ فعاليته، والعناصر الوافرة التي يتضمّنها، مع مقارنة ذلك بالأشكال البديلة للعلاج، ولا يمكن القيام بأيّة محاولة تهدف إلىٰ حجب فعّالية طرائق العلاج السلوكي، كما أنه لا يمكن الاعتقاد أو تبنّي إجراءات العلاج السلوكي وذلك قبل فهم ما تؤدي إليه هذه التكنيكات من وظائف (كما في التحليل النفسي).

إن لدىٰ المعالجين السلوكيين إعتقاد جازم بقوّة النتائج التي يُمْكن الحصول عليها إذا تمّ تفحّص دقيق للإجراءات العلاجية، وحسب وجهة النظر هذه فإن ذلك سيضعف من وزن الانتقادات العديدة التي يمكن أن توّجه للعلاج.

إن المعالجين السلوكيين أنفسهم يعون جيداً أوجه النقص في طرائقهم،

وإن إعطاء وقت كافٍ سيؤدي بدون شك إلىٰ تقدّم البراهين وتحسينها (أو تصفيتها Refinement)، وذلك من خلال الإجراءات الصحيحة. وهناك توقع حقيقي وذلك حسب ما يشير إليه التاريخ الفكري للعلاج بأن العلاج السلوكي لا يمكن أن يتبلور أو يكون بمثابة القدوة للعلاجات الأخرىٰ إلاّ إذا خضع إلىٰ المراجعة والتعديل المستمرين، وعلىٰ كل حال إن وضع العلاج السلوكي هو نفس وضع العلاج النفسي ـ المقصود هنا التحليل النفسي ـ لم يتأسس علىٰ مبدأ الشك المنهجي، ويمكن للمستقبل أن يبيّن لنا بأن العناصر المكوّنة لكلا الاتجاهين من العلاج هي ذات قيمة تحفّظية، كما يرينا بأنه يمكن الوصول إلىٰ نتائج أفضل عندما يتم إرتباط (أو جمع) كلا الإتجاهين في نظام علاجي واحد، وبالطبع فقد لا ينطبق مثل هذا القول في الواقع، وكذلك علىٰ المعالجين السلوكيين والنفسانيين العمل بجد وبمشقة حتىٰ يبرهنوا علىٰ قيمة طرائقهم العلاجية بشكل واضح ومناسب، ويمكن أن يتحقق ذلك إذا توفر للشكلين من العلاج المناخ المناسب والذي يسوده التعاون المتبادل والإحترام.

وحيث يتم وضع جانباً كل عملية إجحاف، أو أحكام مسبقة، أو دفاع خاص، في محاولة لاكتشاف حلول المشكلات الهامة، في مثل هذه العلاقة يمكن ملاحظة الانتقادات الأكثر أهميّة والموجهة من هؤلاء في معسكرات الإتجاه العلاجي المنافس لذلك، والتي ستصبح أقل إعاقة للتقارب، ولإنشاء العلاقات الوديّة (Rapprochement)، من المبالغة في الإدعاءات المبنية علىٰ الصدفة، علىٰ سبيل المثال الإتهام الذي ينص علىٰ أن العلاج السلوكي يهمل العمليات الفكرية يبدو أنه أقل ضرراً (Less damaging) من الإدعاءات المفرطة التي يدعيّها أحياناً أنصار هذا الشكل من العلاج، (The protagonists of this form of treatment)،

وقد تدفع عملية الإنتقاد هذه إجراء تجربة تهدف إلىٰ تقييم ذلك، بينما الإستمرار الأعمىٰ فيما هو قائم يمكن أن يؤدي إلىٰ توهمات وإلىٰ حالة من الرفض، ومن المؤكد بأن العلاج السلوكي يتضمن العديد من الوعود، التي ستكون ذات قيمة بعد تخلّي العلاج السلوكي عن أية إدعاءات مبالغ فيها.

ما هي إذن المهمة القادمة التي يجب أن يواجهها المعالج السلوكي؟

في المقام الأول عليه أن يتمسك، وينمّي دوره في مجال التطبيق العلمي، مع التأكيد علىٰ الطريقة النقدية لنظرياته، وعلاجاته، وبهذا الشكل عليه باستمرار أن يتساءل عن أسباب فشله، من أجل أن يساعده ذلك في تزويده بالخبرات علاوة عن البحث عن البراهين التي تؤكد علىٰ وجهة النظر هذه، إن عملية التطبيق تجعل المعالج يستمر في البحث والتنقيب من أجل الوصول إلىٰ معلومات أكثر تفصيلاً وكثافة وذلك عن الإجراءات التي يستخدمها، مع شيء من الإستمرارية المبني علىٰ رفض أيّة مفاهيم علاجية لا يمكنها مواجهته أو لا تنسجم مع معظم المعايير القوية عن فعّالية العلاج.

وحتىٰ هذه النهاية يبدو لنا بأن العلاج السلوكي يجب أن يصوغ حلقات متماسكة ومغلقة مع نظريات التعلم، ومع التجارب التي يتم من خلالها استخلاص فحوىٰ القول.

وحتىٰ هذه اللحظة هذه العلاجات يظهر أنها تحتوي علىٰ أفكار فجّة (Cruder Notions) للإرتباطية (المقصود النظريات الإرتباطية). ولمفهوم التعزيز (Reinforcement)، كما أن المصادر الأكاديمية النفسية الضخمة ما زالت تنتظر الإستفادة منها في مجال التطبيق.

ومن الملاحظ أنه بينما هناك نوع من التماسك أو الإتفاق بين المعالجين السلوكيين علىٰ أهمية امتلاك أرضية مناسبة في مجال نظريات التعلم ومبادىء التعلم، فإن المهارات الأساسية في هذا المجال من العلاج لا تتطلّب كثيراً من المعرفة المتخصصة، بهذا المعنىٰ يرىٰ البعض في التدريبات التي تجريٰ للمعالجين السلوكيين أنه ليس من الضروري فيها أن تكون صعبة وشاقة. ويمكننا أن نأمل بأن مشكلة الفشل في الوصول إلىٰ نتائج ناجحة في العديد من الحالات سوف تتيح لنا فرصة إعادة تقييم وزيادة صفاء الإجراءات العلاجية. لذلك فإن علىٰ المعالجين السلوكيين أن يكرّسوا طاقاتهم للقراءة المفصّلة للعديد من التجارب والنظريات المتعلقة بوظائف التعلم، ولا بدّ من تفحّص تام للمساهمات التي تجعل بإمكان العلاج السلوكي معالجة الإضطرابات النفسية.

وطبعاً فإن العديد من هذه المعلومات الأساسية سوف ترتبط بعملية تحليل وشرح السلوك الظاهري والملاحظ (Overt and Observable behaviour) فقط، وهذا من شأنه أن يؤدي إلىٰ أنَّ الثغرات (gaps) في معرفتنا عن السلوك الداخلي للفرد تصبح جلّية (Apparent) وواضحة.

إن العلاج السلوكي سيحتاج بطريقة ما أو بأخرىٰ إلىٰ المضي في المفاهيم المتعلقة بالمعرفة أو بالعمليات الفكرية، وبدون ذلك فإنه لا نكون قادرين علىٰ تقديم أو معالجة إلاّ عدد محدود (أو جزئي) من الإنحرافات النفسية، وهذا لا يحتاج إلىٰ تضحية، أو إلىٰ اتجاه علمي، أو إلىٰ تجارب صارمة، من أجل تحقيق عمل ممتاز وسائد في مجال المعرفة، وعلىٰ سبيل المثال إذا بدا (للمعالج) بأن عملية الإستبصار (Insight) هي عملية هامة ومتطلب أساسي لحدوث عملية التغيير (في الاتجاه أو السلوك)، فإن عملية وصف العمل التجريبي سيساهم في حل المشكلة، وإن طبيعة المعلومات المقدمة (لصاحب المشكلة) عن هذه التجارب ستساعد في حد ذاتها علىٰ التخفيف من حدة هذه المشكلة ويمكن إعتبارها هامة للعلاج السلوكي، ويجب علينا تجنب الوقوع في مصيدة (the trap) الإفتراض بأن إعادة التوجيه العقلي (التوجيه الفكري الجديد) (Mental Re - Orientation) للمرضىٰ يتضمن حاجات نفسية مضطربة تتناول فقط توجيه الإنتباه السريع (أو الخاطف) (Cursory)، والسطحي للمشكلة، وإذا كان كل ما نحتاج إليه تأكيد بسيط وبعض الإقتراحات فإن ذلك له أهميته في اكتشاف بعض الأمور وتدعيم عملية العلاج، والمطلوب هو عملية بحث تامة لجميع المفاهيم المتعلقة بالعلاج السلوكي بما في ذلك النواحي الفكرية التي تؤدي إلىٰ تغيّر في المعرفة (Cognitive Change).

هناك دورة من عدة مشكلات فرعية (Sub - problems) في مستقبل الدراسات تحتاج إلىٰ توجيه الإنتباه والعناية، بما في ذلك بعض الحسابات حول مدىٰ الإضطرابات التي تصلح للعلاج السلوكي، وتأثير شخصية المعالج، وأهمية العلاقة الشخصية في العلاج، وقيمة العقاقير في التخفيف من حدّة القلق أو زيادة هذه الحدّة وعلاقة ذلك بعملية التشريط. . . وهكذا إن العديد من هذه

المشكلات كنا قد أشرنا إليها في الفصول السابقة، ويبقىٰ السؤال البارز فيما إذا كان هناك أداء فني صحيح يؤدي إلىٰ هذا البحث الضروري، وكم من الوقت يلزم من أجل الحصول علىٰ حلول مرضية؟

ولا بدَّ من الأخذ بعين الاعتبار حجم المشكلات المتعلقة بالإضطرابات النفسية، وكمية الوقت اللازمة للبحث، وضعف حجم الإمكانيات المالية المتوفرة لذلك.

إن البحث في مجال العلاج السلوكي وحتىٰ هذه اللحظة ما زال يتقدم شيئاً فشيئاً، في مجال محدود، وداخل إطار الأولويات الإجتماعية، وما زالت بعض الأمور غير واضحة، مع إحباطات، وعدد بسيط من الإخصائيين الذين يقومون بالبحث التجريبي، ومع ذلك إن كل ذلك سيساهم في تقدم هذا الإطار من العلاج من خلال مساهماته في فهم معالجة الإضطرابات النفسية، وسيكون ذلك في غضون سنوات قليلة.

المراجع التي اعتمدت في الترجمة

١ - القواميس والمعاجم العربية والأجنبية:

١ - **أحمد رضا**: (معجم متن اللغة)، دار مكتبة الحياة، بيروت (١٩٦٠).

٢ - **حامد زهران**: (قاموس علم النفس)، عالم الكتب، القاهرة (١٩٧٨).

٣ - **عبد المنعم الحفني**: (موسوعة علم النفس والتحليل النفسي)، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٧٨).

٤ - **علي محمود عويضة**: (المعجم الطبي الصيدلي الحديث)، دار الفكر العربي (١٩٧٠).

٥ - **فاخر عاقل**: (مصطلحات علم النفس)، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٦٠).

٦ - **فريد جبرائيل نجار**: (قاموس التربية وعلم النفس)، بيروت (١٩٦٠).

٧ - **مجمع اللغة العربية في القاهرة**: (المعجم الوسيط)، القاهرة (١٩٦١).

٨ - **محمد شرف**: (معجم العلوم الطبية والطبيعية)، المطبعة الأميرية، القاهرة (١٩٢٩).

٩ - **منير بعلبكي**: (قاموس المورد)، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٧).

١٠ - **منير بعلبكي**: (موسوعة المورد) دار العلم للملايين، بيروت (١٩٧٦).

١١ - **وليم الخولي**: (الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي)، دار المعارف، (١٩٧٦).

1 - English, H. B and English, A. C.
(A Comprchensive dictionary of psychological and psychanalytical terms). Longmans, N. Y. (1958).

1 - Ropert, J. Campell: (psychiatric dictionary) Fifth ed. oxford university press. (1981).

١ ـ المراجع العربية:

١ ـ **جمال الخطيب**: (تعديل السلوك القوانين والإجراءات)، الجامعة الأردنية (١٩٨٧).

٢ ـ **فيصل الزراد**: (الكف بالنقيض كطريقة في العلاج السلوكي)، دار القلم، بيروت (١٩٨٣).

٣ ـ **فيصل الزراد**: (علاج الأمراض النفسية)، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٤).

٤ ـ **جون واطسون**: (تعديل سلوك الأطفال)، محمد فرغلي فراج وسلوى الملا، دار المعارف (١٩٨٦).

٥ ـ **محمد زياد حمدان**: (تعديل السلوك الصفّي)، مؤسسة الرسالة، بيروت (١٩٨٢).

٦ ـ **هاريسون**: (مبادىء الطب الباطني) المجلد الأول، ترجمة وزارة التعليم العالي، دمشق (١٩٨٤).

٧ ـ **حامد زهران**: (الصحة النفسية والعلاج النفسي)، عالم الكتب، القاهرة (١٩٧٤).

٨ ـ **سامي محمود علي**: (دراسات في الجماعات العلاجية)، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٢).

٩ ـ **أحمد عكاشة**: (الطب النفسي المعاصر)، الأنجلو المصرية، (١٩٦٩).

١٠ ـ **محمود الزيادي**: (علم النفس الإكلينيكي)، **الأنجلو المصرية** (١٩٨٤).

٢ ـ المراجع الأجنبية :

1 - Alberto, P. A. and Troutman, A. C. (1982). **Applied Behavior Analysis for Teachers: Influencing Student Performance.** Coumbus, Ohio E. Merrill.

2 - Allen, K. E; Turner, K. D. and Everett, P. M. a Behavior Modification Clasroom for Head Start Childern with Behavior Problems. Exceptional Children, 1970, 37, 119 - 129.

3 - Anderson, C. Classroom Activities for Modifying Misbehaviorin Children. New York: The Center for applied Research in Education, 1974.

4 - Arbuckle. D: Five Philosophical Issues In Counseling. In Patterson. C. The Counselor in the school. New York: Mc Graw - Hill Book Co. 1967.

5 - Axelrod, S. (1983). **Behavior Modification for the Classroom Thecher** (2 nd ed). New York: Megrow Hill.

6 - Allen, K. E, Hart, B. N., Buell, J. S., Harris, F. R, and Wiolf, M. M. (1964). Effects of Social Reinforcement on Isolate Behaiour of a Nursery Scholl Child. **Child Development. 35,** 511 - 518.

7 - Ayllon, T. (1963). Intensive treatment of psychotic Behaviour by stimulus satiation and Food **Reinforcement Behavior Research and Therapy, I,** 53 - 61.

8 - Azrin, N., and Holz, W. C. (1966) punishment In W. K Honig (ed.), **Operant behavior: Areas of research and application.** New York: Appleton - Century - Crofts.

9 - Bandura, A. Principles of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.

10 - Bradfield, R. H. (ed.) Behavioral Modification of Learning Disabilities. San Rafael California: Academic Therapy Publicstions. 1971.

11 - Baer. D. Foreward in Sulzer, B. and Mager. G. Behavior Modification Procedures for School Personnel. Hinsdale, III.: The Dryden Press. Inc. 1973.

12 - Balsam, P. D., and Bondy. A. S. (1983). The negative side effects of reward. **Journal of Applied Behavior Analy Sis, 19, 283 - 296.**

13 - Baer, D. M. (1981). **Hwo to plan for generalization.** Lawrence, Kansas: H and H Enterprises.

14 - Broden, M., Hall, R. V., Mitts, B. (1971). The effects of self - recording on the classroom behavior of two eighth -grade students. **Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 191 - 199.**

15 - Barlow, D. H., and Hayes. S. C, (1979). Alternating treatments design: One strategy for comparing the effects of two treatments in a single subject. **Journal of Applied Behavior Analysis, 12,** 199 - 210.

16 - Brown, D. G. «Behaviour modification Child. School and Family mental health. An annotated bibliography. Champaign, illinois: Research press. (1972).

17 - Cartwright, G. P., Cartwright, C. A., and Ward, M. E. (1981). **Educating special learners.** Belmont, Ca.: Wadsworth.

18 - Cooper, J. O. (1981). **Measuring behavior.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

19 - Clarizio, H. F. (1980) **Toward positive calssroom discipline.** New York: John Wiley and Sons.

20 - Craighead, W. E., Kazdin, A. E., and Mahoney, M. J. (1976). **Behavior modification: principles, Issues, and applications.** Boston, Pa., Houghton Mifflin Co.

21 - De Risis, W and Buty. G. Writing Behavioral Contracts. Champaign, Illinois: Research, Press, 1975.

22 - Dreikurs, R. Maintaining Sanity in the Classroom. New York: Harper and Row. 1971.

23 - Deitz, D. E., and Repp, A. C. (1983). Reducing behavior through Reinforcement, **Exceptional Education arterly, 3, 34 - 46.**

25 - Dunlap, K. (1932). **Habits, their making and ummaking.** New York: Liveright.

25 - Ellis, H. C. (1978). **Fundamentals of human learning, memory, and cognition** (2 nd ed.) Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown.

26 - Firestone, P. (1976). The effects and side effects of time out on aggressive nuresery School Child. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7,** 79 - 81.

27 - Foxx, R. M, (1982). **Decresing behaviors of severely retarded and autistic Persons.**
Champaign: Illinois: Research Press.

28 - Foxx, R. M., and Azrin, N. (1972). Restitution: A method for eliminating aggressive - desruptive of retarded and brain damaged patients. **Behavior Research and Therapy, 10,** 15 - 27.

29 - Foxx, R. M., (1982). **Increasing behaviors of severely retarded and autistic persons.** Champaign, Illinois: Research Press.

30 - Gelfand, D. M., and Hartman, D. P. (1984). **child behavior analysis and therapy** (2 nd Ed.), New York: Pergamon Press.

31 - Gold Fried M. R., and Merbaun, M. (1973). **Behavior Change Through Self «control».** New York: Holt, Rinehart, and Winston.

32 - Gross, A. M., and Wojnilower, D. A. (1984). Self - directed behavior change in children: is it self - directed? **Behavior Therapy, 15,** 501 - 514.

33 - Goodstein. L. Behavioral Views of Couneling: In Stefflre, B and Grant W. Theorics of Counseling. M Graw - Hill Book Co. 1972.

34 - Grieger, R. M. Behavior Modification witha Total Class: a Case Report. Journalof School Psychology, 1970, 8, 103 - 106.

35 - Heward, W. L. Dardig, J. C., and Rossett, A. (1979) **Working with parents of handicapped children.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

36 - Hartman, D. O., and Hall, R. V. (1976). The changing criterion design. **Journal of Applied Behavior Analysis,** 9, 527 - 532.

37 - Hersen, M., and Barlow, D. H. (1976) **Single case expermental designs.** New York: Pergamon Press.

38 - Horner. R. D., and Baer. D. M. (1978) Multipleprobe techique: A variation on the multipe baseline design. **Journal of Applied Behavior Analysis, 11.** 189 - 196.

39 - Johnston. J. R., And Mclaughlin. T. F (1982). The effects of free time

on assignment completion and accuracy in arithmetic: a case study. **Education and Treatment of Children, 5,** 33 - 40.

40 - JacobsoNE. !1938). **Progressive relaxation. Chicago, University of Chicago Press.**

41 - Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. **Journal of Experimental Psychology, 7,** 382 - 290.

42 - Haring, N. and Kinzelmann , H. The Finer Focus of Theraputic Behavioral Management in Educational Therapy. Seattle, Washington. Bernie Straub, 1966.

43 - Homme. L. E. How To use contingency Contractinhg in the calssroom. Champaign, Illinoiw: Research Press, 1979.

44 - Hunter, M. Reinforcement. El Segundo, California: TIP Publications, 1967.

45 - Kazdin, A. E. (1980), (2 nd Ed), **Behavior modification in applied settings.** Homewood, ILL: Dorsey Press.

46 - Kanfer, F. Behavior Modification - an overview, In Thoreson, C. Behavior Modification In Education, 72 nd Yearbook of the NSSE, Chicago: University of Chicago Press. 1973.

47 - Keller, F. (1968). Goodbye teacher. **Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 79) 89.**

48 - La Fleur, N. K. (1969). Behavioral views of counseling. In H. M. Burks, and B. Stefflre, **Theories of counseling.** New York: Mc Graw Hill.

49 - Lemere, Foegtlin, W. L. (1950). An evaluation of the aversion treatment of alcocholism.

50 - Le Francois. G. Psychological Theoris and Human Learning: Konger's Report. Monterey. Cal.: Brooks Cole Publ. Co. 1972.

51 - Mash. E. J., and Terdal, L. G. (EDS.). **Behavior - Therapy Assessment: Diagnosis, Design, and Evaluation.** New York: Springer.

52 - Martin, G., an Pear, J. (1983). **Behavior modification: What it is and how to do it** (2 nd Ed.) Englewood Cliffs, N. J.: Prentice - Hall.

54 - Meyer, V., Robertson, J., and Tallon, A. (1975). Home treatment of

an obssessive - compulsive disorder by response prevention. **Journal of Behavior Therapy and Expermental Psychiatry, 6,** 37 - 38.

54 - Mowrer, O. H. (1939). A stimulus - response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. **Pschological Review, 46,** 553 - 565.

55 - Michel, H. Richard, M. E. Peter, M. M. (1976). Progress in behaviour modification. volume (2). Academic Press Inc. N. Y.

56 - Nye. R. D. (1979). **What is B. F. Skinner really saying?** Englewood Cliffs, N. J.: Prentice - Hall.

57 - O'Leary. K. and O'Leary, S. Classroom Management: the Successful Use of Behavior Modification, New York: Pergamon Press, Inc. 1977.

58 - O'Leary, S. C., and Dubey, D. R. (1979). Applications of self - Control procedures by children: A review. **Journal of Applied Behavior Analysis, 12,** 449 - 465.

59 - Ollendick, T. H., and Cerny, J. A. (1981). **Clinical behavior therapy with children.** New York: Plenum Press.

60 - O. Conner, R. D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behavior Analysis, 2.** 15 - 22.

61 - Ollendick, T. H. and Cerny. J. A. (1981). **Clincial behavior therapy with children. New York: Plenum Press.**

62 - Potteet. J. Behavior Modification: a practical Guide for Teachers. Minneapolis, Min.: Burgess Publishing Co. 1973.

63 - Rimm. D. C., and Masters. J. C. (1979). **Behavior therapy: Techniques and empirical findings.** New York: Academic Press.

64 - Ross, A. O. (1981). **Child behavior therapy: Principles, procedures, and empirical basis. New York: John Wiley and Sons.**

65 - Skinner, B. F. (1953). **Science and human behavior.** New York: Macmillan.

66 - Skinner, B. F. (1968). **Contingencies of reinforcoment: A theoretical analysis. New York: Appleton - Century - Crofts.**

67 - Skinner, B. F. (1974). About behaviorism. New York: Knopf.

68 - Stampfl. T. G. (1961). Implosive therapy: A learning theory derived psychodynamic theraputic technique. In Lebarba and Dent (Eds.), **Cri-**

tical issues in clinical psychology, New York: Academic Press.

69 - Sulzer - Azaroff, B. and Mayer. G. R. (1977). **Applying behavior analysis procedures wiht children and Youth.** New York: Holt, Rinehart, and Winston.

70 - Sulzer, B. and Mager G. Behavior Modification Procedures for school personnel. Hinsdale, Ill.: The Dryden Press. Inc. 1972.

71 - Vernon. W. Motivating children: Behavior Modification in the classroom. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1972.

72 - Warters. J. Techniques of Counseling. New York: Mc Graw - Hill Book, Co. 1964.

73 - Walker. J. and Shea. T. Behavior Modification: a Practical approach for Education. C. V. Mosby, 1980.

74 - Wiens, A. N. (1976). Pharmacological aversive counter - conditioning to alcohol in a private hospital. **Journal of Studiis on Alcohol, 37.** 1320 - 1324.

75 - Wilson. G. T., and O'leary, K. D. (1980). **Principles of behavior therapy.** Englewood Cliffs. N. J.: Prentice - Hall.

76 - Wolpe, J. (1982). **The practice of behavior therapy** (3 rd Ed) New York: Pergamon Press.

77 - Wolf, M. M., Risley, T. R., and Mees, H. (1964) Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. **Behavior Research and Therapy, I,** 305 - 213.

78 - Wolp., J: (1958) psychotherapy by reciprocal Inhibition. Stanford university press, Stanford, Calif.

79 - Wolp. J: AND Rachman, S. (1960): psychoanalytic «evidence»: A critique based on Freud's case of little Han' J. Nerv. Ment. Dis. 130, 135 - 48.

80 - Wolpe, J: (1964): Behaviour therapy in Complex neurotic States, Brit. J. Psychait., 110 - 28.

81 - Wolpe, J. AND Lazarus, A. A. (1966) Bhaviour therapy techniques. Pergamon Press.

82 - Wolpe. J: (1961): The systematic desensitization treatment of neureses. J. Nerv. ment. Des. Vol. 132.

83 - Wolpe, J: (1963) Quantitative reltionships in systematic desensitzation of Phobias, Amer. J. Psychiat. Vol 119.

84 - Wolpe, J: AND Lang, P. J. (1964): A fear Schedule for use in behaviour therapy, Beh. Res. Ther., Vol. 2.

85 - Wolpe, J: (1952) Experimental neuroses as learned Behaviour. Brit. J. Psychol. 43.

المصطلحات الانكليزية الواردة في الكتاب

Additional incentives:	حوافز إضافية:
Abandoned:	يمكن التخلّي عنه:
Activity reinforcers:	معززات نشاطية:
Addiction:	إدمان:
A gong:	صوت الجرس (في تجارب بافلوف):
Anxiety hierarchies:	مدرجات القلق: :
Antecendent stimuli:	المثيرات السابقة:
Anxiety provoking Stimuli:	المواقف التي تبعث علىٰ القلق:
Aversive Stimuli:	منبهات منفّرة:
Aversive therapy:	علاج منفّر:
Aversion therapy	العلاج بالتنفير:
Artificial reinforcement:	معززات إصطناعية:
Atonement:	التكفير عن الذنب:
Authority:	السلطة:
Arching of Back:	تقويس الظهر: :
Assertive training:	التدريب التأكيد (تأكيد الذات):
Auditory perception:	الإدراك السمعي:
Avoidance Behaviour:	السلوك التجنبي:
Behaviour:	ـــ: السلوك:
Behavioural; Starting point::	نقطة بداية سلوكية:
Behavioural Systems:	الأنظمة السلوكية:

المفاضلة السلوكية:	Behaviour differentiation:
تعديل السلوك:	Behaviour Modification:
علاج سلوكي:	Behaviour therapy:
الخط القاعدي للسلوك:	Baseline of behaviour:
حدوث السلوك بأقل مما هو مطلوب:	Behavioural deficit:
حدوث السلوك بأكثر مما هو متوقع:	Behavioural excess:
حدوث السلوك بشكل عادي ولكن في مكان وزمان غير مناسبين:	Behavioural in appropriateness:
التغذية الراجعة الحيوية:	Bio - feed back:
العظم الناقل (للذبذبات السمعية):	Bone - Conducted:
معزز، مدّعم:	Booster:
السلسلة الحركية:	Behavioural chain:
منطق الخط القاعدي:	Base - line Logic:
المعززات الدائمة:	Back - up reinforcers:
التعاقد السلوكي:	Behavioural Contrating:
ضغط الدم:	Blood pressure:
الهدف السلوكي:	Behavioural objective:
ثاني أكسيد الكربون:	Carbon dioxide gas:
جمع وإخفاء الطعام (المؤونة):	Cachectic:
علاقة السبب والنتيجة:	Cause and effect relationship:
التسلسل:	Chaining:
الإشراط الكلاسيكي (إيفان بافلوف):	Classical Conditioning:
مرضى فصام مزمن:	Chronic Schizophrenics:
يتوقف:	Cease:
المثيرات العقابية الشرطية:	Conditioned punishing Stimul:
المعززات المشروطة:	Conditioned reinforcers:
المنبه الشرطي:	Conditioned Stimulus:
تتابعات:	Consequences:

Contingent:	اقتران:
Contamina:	الخوف من التلوث:
Counter Conditioning:	إشراط مضاد:
Complete Sway:	متأرجحة تماماً:
Conceal:	إخفاء حجب:
Cues:	إشارات، دلالات، علامات:
Counseling:	الإرشاد:
Confrontation:	مواجهة:
Contingencies of reinforcement:	احتمالات التعزيز:
Complexity of behaviour:	درجة صعوبة السلوك:
Changing of Stimulus:	تغير المنبه:
Changing of behaviour:	تغير السلوك:
Changing Criterion design:	تصميم المعيار المتغيّر:
Cognitive behaviour modification:	تعديل السلوك المعرفي:
Covert Sensitization:	التحصين الخفي:
Counter Control:	التحكّم المضاد:
Continuous Schedules of Rein forcement	جداول التعزيز المستمرة:
Correlational design:	تصميم الإرتباط:
Calm mood:	مزاج هادىء (هدوء المزاج):
Counteractive State:	الحالة الوجدانية المضادة:
Chronically anxious:	مثير مزمن للقلق:
Compelled:	يرغم:
Control group:	المجموعة الضابطة:
Day dreaming:	السرحان، حلم اليقظة:
Dependent Variable:	متغير تابع:
Deviation from ideal mental health:	الإنحراف عن الصحة العقلية المثالية:
Deprivation - Satiation Level:	مستوىٰ الحرمان ـ الإشباع:
De - Conditioning:	عملية فك الإشراط:

Differential reinforcement:	التعزيز التفاضلي:
Direct replication:	تكرار مباشر:
Direct Observation:	الملاحظة المباشرة:
Drive reduction:	خفض الدافع:
Direct Conditioning:	الإشراط المباشر:
Duration:	ديمومة (المنبه):
Duration data System:	نظام بيانات الاستمرار:
Decapitation:	قطع رأس الجثّة:
Despised:	يحتقر:
Dullness:	بلادة، فتور:
Direct advice:	طريقة النصح المباشر:
Dry days:	الأيام الجافّة:
Distorted:	تشويه:
Disruptive:	سلوكات ممزّقة:
Dialectical therapy:	العلاج الديالكتيكي:
Different behaviour multiple: Baseline design:	تصميم الخط القاعدي المتعدد: بسلوكات مختلفة
Different Environment multiple: baseline design:	تصميم الخط القاعدي المتعدد: ببيئات مختلفة:
Differntial reinforcer of high rate:	التعزيز المتفاوت لمعدّل السلوك العالي:
Differential reinforcer of Low rate:	التعزيز المتفاوت لمعدل السلوك المنخفض:
Detract:	يقلل، ينقص من قيمة الشيء:
Diet:	حمّية:
Discriminative Stimuli:	المثيرات التمييزية:
Doing Something else:	الإنشغال بأشياء بديلة:
Effevtive:	فعّال:
Edible reinforcers:	معززات غذائية:
Elicited:	استجر (الإستجابة):

صدمة كهربائية:	Electric Shock:
إزالة:	Elimination:
مرفق، ذراع:	Elbow:
تبّرز لا إرادي:	Encopresis:
انتصاب (القضيب):	Erection:
انطفاء (الاستجابة):	Extinction:
الخوف المرضي من الاختبار:	Examen phobia:
عصاب تجريبي:	Experimental neuresis:
العدوان الناتج عن الإنطفاء:	Extinction - induced aggression:
خبرة:	Experience:
مجموعة تجريبية:	Experimental group:
طريق الإعياء، أو الإجهاد:	Fatigue method:
تلاشي، إخفاء. (زوال المنبهات):	Fading:
الزوال الحضوري للمنبهات:	Fading in:
الزوال الغيابي للمنبهات:	Fading out:
التغذية الراجعة (معرفة النتائج):	Feedback:
فيض القلق (غمر القلق):	Flooding anxiety:
الإفاضة (فيضان) بالواقع:	Flooding:
متدفقاً:	Fluent:
مرونة:	Flexibility:
الأنوثة:	Femininity:
معززات حرة (حيث يمنح المعالج المريض عند بدء العلاج: كمية من المعززات ويطلب منه الحفاظ علىٰ أكبر قدر منها وذلك بالإمتناع عن تأدية السلوك الغير مقبول).	F ree reinforcers:
تكرار (السلوك):	Frequency:
تكرار حدوث السلوك (في فترة زمنية محددة):	Frequency of behaviour occurance:
البرود الجنسي (لدىٰ المرأة):	Frigidity:

التدريب على الحركات الوظيفية:	Functional movement training:
جداول تعزيز ثابتة المدة الزمنية:	Fixed interval Shedules reinforcement:
جداول تعزيز ثابتة النسبة:	Fixed - Ratio Schedules of reinforcement:
التحليل النفسي:	Freudian psychoanalysis:
إحباط:	Frustration:
العلاقات الوظيفية:	Functional relationships:
تعميم:	Generalzation:
نظرية الجشتالت:	Gestalt theory:
علم النفس الجشتالتي:	Gestalt psychology:
التلقين الإيمائي:	Gestural prompts:
لعبة السلوك الجيد:	Good behaviour game:
وقار، رزانة:	Gravity: -
العلاج الجماعي:	Group therapy:
التوجيه:	Guidance:
الخنازير الهندية:	Guinea pigs:
ثقيل:	Heavy:
الجنسية المثلية:	Homosexuality:
الأحضان:	Hugs:
تنويم مغناطيسي (إيحاء اصطناعي):	Hypnosis:
توهم المرض:	Hypochondria:
التحصين الخيالي أو التصوّري:	Imaginal desensitization:
إلزامي:	Imperative:
التقليد، والنمذجة:	Imitating and modeling:
فورية العقاب:	Immediacy of punishment:
تقليد:	Imitation:
علاج الإفاضة بالتخيّل:	Implosive therapy:
شد العقاب:	Intensity of punishment:
الإستبطان:	Introspection:

Intojection:	الإجتياف (الاستدخال):
Inteval recording:	تسجيل الفواصل الزمنية:
Interpretation:	تفسير:
Independent Variable:	متغير مستقل:
Inhibition:	كف (تثبيط):
InSight Learning:	التعلم بالإستبصار:
Insight therapy	العلاج الإستبصاري:
intermittent Reinforcement	التعزيز المتقطع أو الفاصلي
Incentive:	حافز:
Incompatable, tasks:	المهمات المتنافرة:
Intervals:	فترات زمنية فاصلة:
Interview:	مقابلة:
Intoxication:	حالة تسمم:
Incompatible response:	الإستجابة المضادة:
Kicking:	يرفس (بقدمه):
Lack motivation:	نقص الدافعية:
Lavatory:	المرحاض:
Law of effect:	قانون الأثر (لثورندايك):
Links:	حلقات:
Limbs:	الأطراف:
Loose:	رخوة:
Live modeling:	النمزجة الحيّة (الحسيّة):
Long - term memory:	ذاكرة طويلة الأحد:
Measurment of permanent products:	قياس نتائج السلوك:
Motivation:	دافعية:
Manipulatable reinforcement:	تدعيمات نشاطية:
Massed:	مكثّف:
Masturbation:	العادة السرية (الإستنماء):

Mentally retarded:	التخلّف العقلي:
Morgue:	محنّط:
Micturition:	تبوّل:
Motor disturbances:	اضطرابات حركية:
Method:	طريقة:
Mono - Symptomatic:	أحادية الأعراض:
Miscellaneous Techniques	تكنيكات متنوعة:
Mildy:	خفيف:
Moderately:	متوسط:
Mummy:	مومياء:
Muscular rdlaxation:	الإسترخاء العضلي:
Much improved:	تحسناً كبيراً (للحالة):
Nauseated:	غثيان:
Negative practice:	التدريب السلبي:
Nocturnal enuresis:	تبول لا إرادي ليلي:
Neurotic behaviour:	السلوك العصابي
Neutral Stimulus:	المثير الحيادي (الشرطي):
Narrative recording:	تسجيل المعلومات على شكل قصصي:
Need:	حاجة:
Natural reinforcement:	تعزيز طبيعي:
Novelty:	الجدّة:
Nude males:	ذكور عراة:
Obesity:	سمنة (بدانة):
Obsessions:	وساوس:
Obscene Words:	كلمات غير مناسبة:
Observale behaviour:	السلوك الملاحَظ:
Operant behaviour:	السلوك الإجرائي (سكنر):
Omission therapy:	العلاج بالإغفال (أو الإهمال):

Overactive:	نشاط زائد:
Overcorrection:	التصحيح الزائد:
Overlearning:	تعلّم زائد:
Offset:	يعوّض عن:
Occupational therapy:	العلاج بالعمل:
Patting:	الربت علىٰ الكتف (معزز):
Parenthood:	الأبوّة:
past - Conditioning:	إشراط سابق:
patients:	مرضىٰ:
phobias:	مخاوف مرضية:
physical prompts:	التلقين الجسدي:
Positive inhibition:	كف إيجابي:
Positive Conditioning:	الإشراط الإيجابي:
Positive reinforcement:	تعزيز إيجابي:
praise:	ثناء:
prereguisities:	متطلبات سابقة لعملية العلاج:
premature ejaculation:	القذف المبكّر:
psychosis disorders:	اضطرابات ذهانية:
pseudo - therapy:	العلاج الزائف:
presentation:	استحضار المشهد:
punishment:	عقوبة:
pursiness:	البُهر (قصور النفس بسبب البدانة):
prompting:	التلقين:
primary reinforcers:	معززات أساسية:
programmed instruction:	التعليم المبرمج:
proctors:	مساعدي التدريس:
performance:	أداء:
physical punishment:	العقاب الجسدي:

التنبؤ: predication:

ممارسة: Practice:

العلاج التحليلي النفسي: psychoanalysis therapy:

درجة النبض: pulse rate:

مبدأ بريماك (عالم نفس أمريكي): premak principle:

وفيه تستعمل العادة الإيجابية لدىٰ الفرد في تصحيح سلوكه المنحرف، أي أن السلوك المحبب لدىٰ الفرد يستعمل كمعزز للسلوك الغير محبب مثلاً يقال للتلميذ أدرس دروسك وستشاهد التلفزيون).

إجراء التقليل الإيجابية: positive reductive techniques:

كميّة التعزيز: Quantity of reinforcement:

التطرّف: Radicalism:

إعادة الإشراط: Re - Conditioning:

الكف المتبادل (بالنقيض): Reciprocal inhibition:

خفض القلق: Reducing anxiety:

إعادة تعلم: Relearning:

العلاج التمثيلي: Rehearsal therapy:

العلاج الإستجمامي: Recreational therapy:

العلاج النكوصي: Regressive therapy:

معززات: Reinforcers

العلاج الواقعي: Reality therapy:

موضوع واقعي: Real object:

الإسترخاء: Relaxation

مكافآت: Rewards:

مشاهد: Scenes:

إيذاء النفس: Self - destructive:

الإنحرافات الجنسية: Sexual deviant:

العتبات الحسيّة: Sensory thresholds:

مشاهد جنسية: Sexual acts:

الإشراط البسيط:	Simple Conditioning:
سيلان اللعاب:	Silivary Flow:
عناكب:	Spiders:
أمتيال الصوديوم:	Sodium amytal:
بليد، مشوّه:	Sluggish:
فاصلي، موّزع:	Spaced
العمل الشاق:	Strenuous:
الفرد المتهته:	Stutterer:
قمع، إخماد:	Supress:
خنوع، طاعة عمياء:	Submissiveness:
الخوف المرضي من الأفعىٰ:	Snake phobia:
أعراض:	Symptoms:
التحصين المنظّم:	Systematic desensitization:
متلازمة، داء:	Syndrome
رشف المشروف:	Sipping:
تحكّم المنبه:	Stimulus Control:
حاد:	Sever:
التعلم الذاتي:	Self - Larning:
شبه دائم:	Semi - permanent:
التوبيخ:	Scolding:
إشباع:	Saturation = Satiation:
تشكيل (السلوك):	Shaping:
معززات اجتماعية:	Social reinforcers:
الإقتراب المتتالي:	Successive aprocsimation:
تعميم المنبهات:	Stimulus generalization:
جداول التعزيز:	Schedules of reinforcement:
معززات ثانوية:	Secondary reinforcement:
العلاج الجسمي:	Somatic therapy:

العضلات الدائروية (عضلات المثانة):	Sphincter muscles:
منكمشة:	Shrunken:
الاستعادة التلقائية (للإستجابة):	Spontaneous recovery:
التصحيح البسيط:	Simple Correction:
معايير المجتمع:	Society's norms:
الأعراض البديلة:	Symptoms Substitution:
السلوك المستهدف:	Target behaviour:
تعزيز رمزي (بأشياء رمزية):	Token Renforcement:
صك الأسنان (علىٰ بعض):	Tooth grinding:
خليط، مزيج:	The Mix- ture
رض:	Trauma:
مواقف المرور:	Traffic situations:
الممرضات (في المستشفىٰ):	The Nurses:
(موضوع الخوف):	The Frared object:
خلجات (عصبية):	Tics:
ممارسة الخلجات (العلاج بالتنفير):	Tics Practice:
ملموس (مادي):	Tangible:
مص الأبهام:	Thumb Sucking:
الإقصاء عن التعزيز الإيجاني:	Time out from positive reinforcement:
غرفة الإقصاء (حيث يتم عزل الفرد في غرفة: خاصة لا يتوفر فيها التعزيز)	Time out roon:
طريقة استراتيجية السلحفاة:	Turtle strategy technique:
إنتباه المعلم:	Teacher attention:
منبه غير شرطي:	Unconditioned Stimulus:
إطلاق العنان:	Unleash:
جداول تعزيز متغيرة النسبة:	Variable - Ratio Schedules of reinforcement:
توبيخ لفظي:	Verbal Reprimands:
العلاج اللفظي:	Verbal Therapy:

العلاج اللفظي :	**Verbal Therapy:**
تقيؤ:	**Vomiting:**
التحصين الحيوي (الواقعي):	**Vivo desensitization:**
تفريغ المثانة :	**Voided:**
إعتقال يد الكاتب (تشنّج اليد):	**Writer's Cramp:**

المراجع

References

1 - ALDRICH. C. A. (1928), A New Test for Hearing in the New - born; the Conditioned Reflex, Amer. J. Diseaes of Children, 35, 36 - 7.

2 - AYLLON, T., MICHAEL, J. (1959), «The Psychiatric Nurse as a Behavioural Engineer", J. Exp. Anal, Behav, 2, 323 - 34.

3 - AZRIN, A. H., LINDSLEY, O. R. (1956), "The Reinforcement of Cooperation BetweenChildren"; J. Abn. Soc. Psychol., 52, 100 - 12.

4 - BACHRACH. A. J., ERWIN, W. J., MOHR., J. P (1965), in Ullmann and Krasner (Eds), Case Studies in Behaviour Modification, Holt, Rinehart & Winston, London.

5 - BANDURA, A. (1961), "Phychotherapy as a Learning pracess" Phsychol, bull, 58, 143) 59.

6 - BANDURA, (1963) The Role of Imitation in Personality Development", J. Nursery Educ., 18m 48 - 58.

7 - BARNARD, G. W., FLESHER, C. K., STEINBOOk, R. M. (1966), "The Treatment of Urinary Retention by Aversive Stimulus Cessation and Assertive Training", Behav. Res. and Ther., 4, 232 - 6.

8 - BARRETT, B. H. (1962), "Reduction in Rate of Multipe Tics by Free Operant Conditioning Methods", J. Nerv. and Ment. Dis., 135, 187 - 95.

9 - BEECH, H. R. (1960), "The Symptomatic Treatment of Writers's Cramp", in Eysenck (Ed.) Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

10 - BIJOU, S. W., ORLANDO, R. (1961), "Rapid Development of Multiple - Schedule Perfomances wiht Retarded Children", J. Exper, Anal. Behav., 4, 7 - 16.

11 - BLAKE. B. G. (1965), "The Application of Behaviour Therapy to the Treatment of Alcoholism", Behav. Res. and Ther., 3, 75 - 85.

12 - BLAKEMORE, C. B., IHORPE. J. G., BARDER, J. X., CONWAY, C. G., LEVIN, N. I. (1963), "The Application of Faradic Aversion Conditioning in a Case of Transvestism, Behav, Res. and Ther., 1, 29 - 34.

13 - BREGER, L., MCGAUGH, J. L., (1965), Critique and Refomulation of "Learning Theory" Approaches to Psychotherapy and Neurosis, Psychol. Bull., 63, 338 - 58.

14 - BREHM, J. W., COHEN, A. R. (1962), Explorations in Cognitive Dissonance, John Wiley, New York.

16 - BROGDEN, W. J., LIPMAN, E. A., CULLER, E. (1938), "The Role of Incentive in Conditioning and Extinction, Amer. J. Psychol., 51, 109 - 17.

16 - BURDHARD, J., TYLER, V. (1965), "The Modification of Delinquent Behaviour through Operant Conditioning", Behav. Res. and Ther., 2, 245 - 50.

17 - BYKOV, K. M., (1953), "New Data on the Physiology and Pathology of the Cerebral Cortex", Communication at 19 th international Physiological Congress, Montreal.

18 - CAUTELA, J. B. (1966), "Treatment of Compulsive Behaviour by Covert Desensitization", The Psychological Record, Vol. 16, 33 - 41.

19 - CHERRY, C., SAYERS, B. MCA. (1956), "Experiments upon the Total Inhibition of Stammering by Externai Control and Some Clinical Results", J. Psychosom. Res., 1956, 1, 233 - 46.

20 - CHURCH, R. (1963), "The Varied Effects of Punishment", Psychol Rev., 70, 369 - 402.

21 - CLARD, D. F. (1963), "The Treatment of Monosymptomatic Phobia by Systematic Desensitization", Behav. Res. and Ther., 1, 63.

22 - CLARK, D. F. (1966), "Behaviour Therapy of Gilles de la Tourett's Syndrome", Brit. J. Psychiat., 112, 771 - 8.

23 - COOKE, G. (1966), "The Efficacy of Two Desensitization Procedures: An Analogue Study', Behav. Res. and Ther., 4, 17 - 24.

24 - cOOPER, J. R. (1963). "A Study of Behaviour Therapy in 39 Psychiatric Patients", Lancet. 1 - 411 - 15.

25 - COOPER, J. E., GELDER, M. G., MARKS, I. M. (1965), "Rrsults of Behaviour Therapy in 77 Psychiatric Patients", Brit, Med. Journal, 1, 1222 - 5.

26 - DAVISON, G. (1966), "The Influence of Systematic Desensitization, Relaxation, and Graded Exposure to Imaginal Stimuli in the Modification of Phobic Behaviour", J. Abn. Psychol.

27 - DUNLAP, K. (1928), "A Revision of the Fundamental Law of Habit Formation", Science, 67, 360 - 62.

28 - DUNLAP, K. (1932), Habits: Their Making and Unmaking, Liveright, New York.

29 - EVANS, I., WILSON, T. (1967), "Some Observations on Modern Learning Theory", Psychological Scene, Witwatersrand University, Johannesburg.

30 - EYSENCK, H. J. (1957), The Dynamics of Anxiety and Hysteria, Routledge & Kegan Paul.

31 - EYSENCK, H. J. (1960), "Learnig Theory and Behaviour Therapy', in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

32 - EYSENCK, H. J. (Ed.) (1964), Experinemts in Behaviour Therapy. Pergmon Press.

33 - EYSENCK, H. J., RACHMAN, S. (1965), The Causes and Cures of Neurosis, Routledge & Kegan Paul.

34 - FELDMAN, M. P., MC CULLOCH, M. J. (1965), "The application of Anticipatory Avoidance Learning to the Treatment of Homosexuality", Behav, Res. and Ther., 2, 165 - 83.

35 - FERSTER, C. B. (1958), "Reinforcement and Punishment in the Control of Human Behaviour by Social Agencies", Psychiat. Res. Rep., 10, 101 - 18.

36 - FESTINGER, L. (1957), A Theory of Cognitive Dissonance, Row, Peterson, Evanston.

37 - FRANKS, C. M. TROUTON, D. S. (1958). "Effects of Amobarbital Sodium and Dexamphetamine Sulfate on the Conditioning of the Eyeblink Response", J. Comp. Physiol, Psychol., 51, 220 - 22.

38 - FRANKS, c. M. (1960), "Alcohol, Alcoholism, and Conditioning: A Review of the Literature and Some Theoretical Considerations", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

39 - FRANKS, C. M., FRIED, R., ASHEM, B. (1966), "An Imporved Apparatus for the Aversive Conditioning of Cigarette Smokers", Behav. Res. and Ther., 4, 301 - 8.

40 - FREUD, S. (1950), Collected Papers Vol. 3, Hogarth Press, London.

41 - FREUND, K. (1960), "Some Problems in the Treatment of Homosexuality", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

42 - GALe, D. S., STRUMFELS, G., GALE, E. N. (1966), "A Comparison of Reciprocal Inhibition and Experimental Extinction in the Psychotherapeutic Process", Behav. Res, and Ther., 4, 149 - 55.

43 - GANTT, W. H. (1949), "Psychosexuality in Animals", in: Psychosexual Development in Health and Disease, Grune & Stratton, New York.

44 - GELDER, M. G., MARKS, I. M. (1966), "Severe Agoraphobia: A Controlled Prospective Trial of Behaviour Therapy", Brit. J. Pschiat., 112, 309 - 19.

45 - GELDER, M. G., MARKS, I. M. WOLFF, H. H. (1967), "Desensitization and Psychotherapy in the Treatment of Phobic StAtes: A Controlled Inquiry", Brit. J. Psychiat., 113, 53 - 73.

46 - GELLHORN, E. (1964), "Motion and Emotion", Psychol. Rev., 71, 457 - 72.

47 - GLATT, M. M. (1964), "The Alchoholic Unit and its Contribution to Management and Prevention of Alcoholism", in Report of 10 th European Institute on Prevention and Treatment of Alcoholism, London Conference.

48 - GOLDIAMOND, I. (1965), "Stuttering and Fluency as Manipulatable Response Classes", in Krasner and Ullmann (Eds.), Research in Behaviour Modification, Holt, Rinehart & winston, London.

49 - GOLDMAN, G. S., SHAPIRO, D. (1966), Developments in Psychoanalysis, hafner Publishing Co., London.

50 - GUILDFORD, J. P. (1954), Psychometric Methods, Mc Graw Hill, London.

51 - HART, B. M., ALLEN, K. E., BUELL, J. S., HARRIS, F. R., WOLF, M. M. (1964), "Effects of Social Reinforcement on Operant Crying", J. Exp. Child Psychol., 1, 145 - 53.

52 - HECKEL, R. V., WIGGINS, S. L., SALZBERG, H. C. (1962), "Conditioning against Silences in Group Therapy", J. Clin, Psychol., 28, 216 - 17.

53 - HOMME, L. E. (1965), "Perspectives in psychology: XXIV. control of coverants, the Operants of the Mind, the psychological Record, 15, 501 - 11.

f1254 - HULL, C. L. (1943), Principles of Behavior, Appleton - Century, New York.

55 - HUSSAIN, A. (1964), "The Results of Behaviour Therapy in 105 Cases", in Wolpe, J., Salter, A., and Reyna, a. (Eds.), Conditioning Therapies, Holt, Rinehart & Winston, Wew York.

56 - HUTCHINSON, R. R., AZRIN, N. H. (1961), "Conditioning of Mental - Hospital Patients to Fixed - Ratio Schedules of Reinforcement", J. Exp. Anal. Behav., 4, 87 - 95.

57 - ISAACS, W., THOMAS, J., GOLDIAMOND, I. (1960). "Application of Operant Conditioning to Reinstate Verbal Behaviour in Psychotics", J. Speech Hear, Disorders, 25, 8 - 12.

58 - JACOBSON, e. (1938), Progressive Relixation, University of Chicago Press, Chicago.

59 - JACOBSON, E. (1939), "Variation of Blood Pressure with Skeletal Muscle Tension and Relaxation", Ann. Int. Med., 12, 1194 - 1212.

60 - JACOBSON, E. (1940), 'Variation of pulse Rate with Skeletal Muscle Tension and Relaxation, Ann. Int. Med., 13, 1619 - 25*

61 - JASPERS, K. (1963), General Psychopathology, Manchester University Press, Manchester.

62 - JERSILD, A. T. and HOLMES, F. B. (1935), "Methods of Overcoming Children's Fears", J. Psychol., 1, 25 - 83.

63 - JONES, H. G. (1960), "Continuation of Yates" Tratment of a Tiqueur", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

64 - JONES, H. G. (1960). "The Behavioural Treatment of Enuresis Nocturna", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

65 - JONES, H. G. (1960). "The Application of Conditioning and Learning Techniques to the Treatment of a Psychiatric Patient", in Eysenck (Ed.) Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

66 - JONES, M. C. (1924), "The Elimination of Children's Fears", J. Exptl, Psychol., 7, 383 - 90.

67 - Kelly, G. A. (1955), The Psychology of Personal Constructs, Vols, I and 11, Norton, New York.

68 - KELMAN, H. C. (1953), "Attitude Change as a Function of Response Restriction", Human Relations, 1953, 6, 185 - 214.

69 - KLEE, J. B. (1944), "The Relation of Frustration and Motivation to the Production of Fixations in the Rat", Psychol. Monogrs., 56, 4, N° 257.

70 - KNIGHT, R. P. (1941), "Evalution of the Results of Psychoanalytic Therapy", Amer. J. Psychiat., 98, 434 - 44.

71 - KONDAS, O. (1967), "Reduction of Examination Anxity and "Stage Fright" by Group Desensitization and Relaxation", Behav. Res. and Ther., 5 (to appear).

72 - KRASNER, L. ULLMANN, L. P. DIAHER, D., (1964), "Changes in Performance as Related to Verbal Conditioning of Attitudes to ward the Examiner", Percept. Motor Srills, 19, 811 - 61.

73 - LADER, M., WING, J. (1966), Morbid Anxiety, Maudsley Monographs, London.

74 - LANG. P. J., LAZOWIK, A. D., (1963), "The Experimental Desensitization of a Phobia", J. Abn. Soc. Psychol., 66, 519 - 25.

75 - LANG, P. J., LAZOWIK, A. D., REYNOLDS, D. (1965), "Desensitization, Suggestibility, and Pseudo - Thearpy", J. Abn, Psychol., 70, 395 - 402.

76 - LAZARUS, A. A. (1960), "The Elimination of Children's Phobias by Deconditioning", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

77 - LAZARUS, A. A. (1961), "Group Therapy of Phobic Disorders", J. Abn, Soc. Psychol., 63, 504 - 12.

78 - LAZARUS, A. A. (1963), "The Results of Behaviour Therapy in 126 Cases of Severe Neurosis", Behav. Res, and Ther., 1, 65 - 78.

79 - LAZARUW, a. a. (1966), "Behaviour Rehearsal vs. Non - Directive Therapy vs. Advice in Effecting Behaviour Change", Behav. Res. and Ther., 4, 209 - 12.

80 - LEVITT, E. E. (1963), "Psychotherapy wiht Children: A Further Evatluation", Behav. Res. and Ther., 1, 45 - 51.

81 - LIDDELL, H. (1944), "Conditioned Reflex Method and Experimental Neurosis", in J. MCV. Hunt (ed.), Personality and the Behaviour Disorders, Ronald Press, New York.

82 - LInsley, O.R (1956), "Operant Conditioning Methods Applied to Research in Chronic Schizophrenia", Psychiat, Res. Rep., 6, 116.

83 - LOMONT, J. F. (1965), "Reciprocal Inhibition or Extinction"?, Behav, Res. and Ther., 3. 209 - 19.

84 - LOMONT, J. F., EDWARDS, J. E. (1967), "The Role of Relaxation in Systematic Desensitization", Behav. Res. and Ther., 5, 11 - 25.

85 - LOVIBOND, S. (1963), "The Mechanism of Conditioning Treatment of Enuresis", Behav, Res, and Ther., 1, 1 - 8.

86 - MARKS, I. M., GELDER, M. G. (1965), "A Controlled Rdtrospective Study of Behaviour Therapy in Phobic Patients", Brit. J. Psychiat., 111, 561 - 73.

87 - MASSERMAN, J. H. (1943). Behaviour and Neurosis, University of Chicago Press, Chicago.

88 - MAX, L. (1935), "Nreaking a Homosexual Fixation by the Dondi-tioned Reflex Technique", Psychol. Bull., 32, 734.

89 - McCULLOCH, M. J., FELDMAN, N. P., PINSHOFF, J. M. (1965), "The Application of Anticipatory Avoidance Learning to the Treat-ment of Homosexuality", Behav. Res. and Ther., 3, 21 - 43.

90 - McCULLOCH, m. j., fELDMAN, M. P., ORFORD, J. F., McCUL-LOCH, M. L. (1966), "Anticipatory Avoidance Learning in the Treat-ment of Alcoholism: a Record of Therapeutic Failure", Behav. Res. and Ther., 4, 187 - 96.

91 - McGUIRE, R, J., CARLISLE, J. M., YOUNG, B. G. (1965), "Sexual Deviations as Conditioned Behaviour: A Hypothesis", Behav. Res, and Ther., 2, 185 - 90.

92 - MEES, H. L. (1966), "Sadistic Fantasies Modfied by Aversive Con-ditioning and Substitution: A Case Study", Behav. Res. and Ther., 4, 317 - 20.

93 - Meyer, V. (1957), "The Treatment of Two Phobic Patients on the Basis of Learning Principles", J. Abnorm, Soc. Psychol., 55, 261 - 66.

94 - MEYER, V., CRISP, A. H. (1964), "Aversion Therapy in Two Cases of obesity", Behav. Res. and Ther., 2, 143 - 7.

95 - MOORE, N. (1965), "Behaviour Therapy in Bronchial Asthma: A Controlled Study", J. Psychosom. Res., 9, 257 - 76.

96 - MORGANSTERN, F. S., PEARCE, J. F., LINFORD REES, W. (1965), "Predicting the Outcome of Behaviour Therapy by Psycholo-gical Tests", Behav, Res. and Ther., 2, 191 - 200.

97 - MOWRER, O. H., MOWRER, W. (1938), "Enuresis: A Method for its Study and Treatment", Amer. J. Orthopsychiat., 8, 436 - 59.

98 - MOWRER, O. H., VIEK, p. (1948), "An Experimental Analogue of Fear", J. Abn. Soc. Soc. Psychol., 43, 193 - 200.

99 - MOWRER, O. H. (1959). The Crisis in Psychiatry and Religion, Van Norstrand, Nerw York.

100 - NAPOLKOV, A. V. (1963), "Information Procxesses of the Brain", in Chap. 7 of Progress in Brain Research, Vol. 2. Nerve, Brain and

Memory Models, Wiener N., Schade, J. P. (Eds.), Elsevier Publishing Co., London.

101 - NEALE, D. H. (1963), "Behaviour Therapy and Encopresis in Chidren", Behav. Res. and Ther., 1, 139 - 50.

102 - PAUL, G. L. (1966). Insight vs. Desensitization in Psychotherapy: An Experiment in Anxity Reduction, Stanforf University Press, Stanfore, Calif.

103 - PAUL, G. L., SHANNON, D. T. (1966), "Treatment of Anxiety Through Sydtematic Desensitization in Therapy Groups", J. Abn. Psychol., 71, 124 - 135.

104 - PAVLOV, I. P. (1927), Conditioned Reflexes, Oxford University Press.

105 - PETERSON, D. R., LONDON, P. (1965), "A Role for Cognition in the Behavioural Treatment of a Chid's Eliminative Distubance", in Ullmann and Krasner (Eds.), Case Studies in Behaviour Modification, Holt, Rinehart & Winston, London.

106 - RACHMAN, S. (1965), "Studies in Desensitization. I: The Separate Effects of Relaxation and Desensitization", Behav. Res, and Ther., 3, 245 - 51.

107 - RACHMAN, S. (1966), "Sexual Fetishism: An Experimental Analogue", The Psychological Record, 16, 293 - 6.

108 - RACHMAN, S. (1966), "Studies in Desensitization. III: Speed of Generalization", Behav. Res. and Ther., 4, 7 - 15.

109 - RACHMAN, S. (1966), "Studies in Desensitization. II: Flooding", Behav. Res. and Ther., 4, 1 - 6.

110 - RACHMAN, S., EYSENCK, H. J. (1966). "Reply to a «Critique and Refomulation» of Behaviour Therapy", Psychol, Bull., 65 - 165 - 9.

111 - RAFI, A. H. (1962). "Learning Theory and the Treatment of Tics", J. Psychosom. Res., 6, 71 - 6.

112 - RAMSAY, R., BARENDS. J., BREUKER, J., KRUSEMAN, A. (1966), "Massed versus Spaced Desensitization of Fear", Behav. Res. and Ther., 4, 205 - 7.

113 - RICHTER, C. (1957), "On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Men", Psychosom. Med., 19, 191 - 3.

114 - ROBERTSON, J. P. S. (1958), "Operant Conditioning of Speech and Drawing in Schizophrenic Patients", Swiss Rev. Psychol., 17, 309 - 15.

115 - ROBERTSON, J. P. S. (1961), "Effects of Different Rewards in Modifying the Verbal Behaviour of Disorganized Schizophrentis", J. Clin. Psychol., 17, 399 - 402.

116 - ROSENTHal, D. (1962), Book review, Psychiatry, 25, 377 - 80.

117 - SANDERSON, R. E. CAMPBELL, D., LAVERTY, S. D. (1963), "Traunatically Conditioned Responses Acquired during Respiratory Paralysis", Nature, 196, 1235 - 36.

118 - SCHLOSBERG, H. (1934), "Conditioned Responses in the White Rat", J. Gent. Psychol., 45, 303 - 35.

119 - SCHLOSBERG, H. (1936), "Conditioned Responses in the White Rat. II. Conditioned Responses based upon Shock to the Foreleg", J. Genet. Psychol., 49, 107 - 38.

120 - SCHMIDT, E., CASTELL, D., BROWN, P. (1965), "A Retrospective Study of 42 Cases of Behaviour Therapy", Behav. Res. and Ther., 3, 9 - 19.

121 - SEARS, R. R. (1943), Survey of Objective Studies of Psychoanalytic Concepts, Social Science Research Council, New York.

122 - SEARS, R. R., MACCOBY, E. E. LEWIN, H. (1957), Patterns of Child Rearing, Row, Peterson, Evanton.

123 - SELIGMAN, M. E. P., MAIER, S. F. (1967), "Failure to Escape Traumatic Shock", J. Exp. Psychol. (in press).

124 - SELIGMAN, M. E. p., MAIER, s. f., GEER, J. H., (1967), "The Alleviation of Learned Helpessness in the Dog", J. Abn. Soc. Psychol. (in press).

125 SHAMES, G. H., SHERRICK, C. E. (1963), "A Discussion of Nonfluency and Stuttering as Operant Behaviour", J. Sp. Hear. Dis., 28, 3 - 18.

126 - SKINNER, B. F. (1938), The Behavior of Organisms, Appleton - Century, New York.

127 - SOLOMON. R. L., BRUSH, E. S. (1956), "Experimentally Derived Conception of Anxiety and Aversion", in Nebrasra Symbosium on Motivation, M. R. Jones (Ed.), University of Nebraska Press.

128 - SOLYOM, L., MILLER, S. (1965), "A Differential Conditioning Procedure as the Initial Phase of the Behaviour Therapy of Homosexuality". Behav. Res. and Ther., 3, 147 - 160.

129 - STAFFORD - CLARK, D. (1963), Psychiatry Today, Penguin Books.

130 - SYLVESTER, J. D., LIVERSEDGE, L. A. (1960), "Conditioning and the Occupational Cramps", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

131 - TATE, B. G., BAROFF, G. S. (1966), "Aversive Control of Self - Injurious Behaviour in a Psychotic Boy", Behav, Res. and Ther., 4, 281 - 7.

132 - THORPE, J. G., SCHMIDT, E., BROWN, P. T., CASTELL, D. (1964), "Aversion - Relief - Therapy: a New Method for General Application", Behav. Res. and Ther., 2, 71 - 82.

233 - TURNER, R. K., YOUNG, G. C. (1966), "C. N. S. Stimulant Drugs and Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis: a Long - Tern Follow - Up Study", Behav, Res. and Ther.m 225 - 8.

134 - ULLMANN, L. P., KRASNER, L., EDINGER, R. L. (1964), "Verbal Conditioning of Common Associations in Long - Tern Schizophrenic Patients", Behav. Res and Ther., 2, 15 - 18.

135 - UPTON, M. (1929), "The Auditory Sensitivity of Guinea Pigs", Amer. J. Psychol., 41, 412 - 21.

136 - VOEGTLIN, W. L., LEMERE, F. (1942), "The Trestment of Alcohol: Addication: A Review of the Literature", Quart. J. Stud. Alchol., 2, 717 - 803.

137 - WAKEHAM, G. (1928), "Query on «A Revision of the Fundamental Law of Habit Formation»", Science, 68, 135 - 6.

138 - WALTON, D., BLACK, D. A. (1960), "An Application of Modern Learning Theory to the Treatment of Chronic Hysterical Aphonia", in Eysenck (Ed.), Behaviour Therapy and the Neuroses, Pergamon Press.

139 - WALTON, D., MATHER, M. D. (1964), «The Application of Learning Principles to the Treatment of Obsessive - Compulsive States in the Acute and Chronic Phases of Illness", in Eysenck (Ed.), Experiments in Behaviour Therapy, Pergamon Press.

140 - WATSON, J. B., REYNER, R. (1920), "Conditioned Emotional Reactions", J. Exp. Psychol., 3, 1 - 14.

141 - WIEST, W. M. (1967), "Some Recent Criticisms of Behaviourism and Learning Theory", Psychol. Bull., 67, 214 - 25.

142 - WOFL, M. M., RISLEY, T., MEES, H. (1964). «Application of Operant Conditioning Procedures to the Behaviour Problems of an Autistic Child", Behav. Res. and Ther., 1, 305 - 12.

143 - WOLF, M. M., BIRNBRAURE, J. S. WILLIAMS, T., LAWLER, J. (1965), "A Note on Apparent Extinction of the Vomiting Behaviour of a Retarded Child", in Ullmann and Krasner (Eds.), Case Studies in Behaviour Modification, Holt, Rinehart, & Winston, London.

144 - WOLPS, J. (1958), Psychoterapy by Reciprocal Ingibition, Stanford University Press, Stanford, Calif.

145 - WOLPE, J., RACHMAN, S. (1960), "Psychoanalytic «Evidence": A Critique based on Freud's Case of Little Hans", J. Nerv. Ment. Dis., 130, 135 - 48.

146 - WOLPE, J., (1962), "Isolation of a Conditioning Procedure as the Crucil Therapeutic Factor: A Case Study", J. Nerv. Ment. Dis., 134, 316) 29.

147 - WOLPE, J. (1964), "Behaviour Therapy in Complex Neurotic States", Brit. J. Psychiat., 110, 28.

148 - WOLPE, J., LAZARUS, A. A. (1966), Behaviour Therapy Techniques, Pergamon Press.

149 - YATES, A. J. (1958), "The Application of Learning Theory to the Tretment of Tics", J. Abn. Soc. Psychol., 56, 175 - 82.





هذا الكتاب

منذ أن قام العالم الروسي إيفان بافلوف بعمله الشهير حول تجارب الإشراط الكلاسيكي على الكلب، ومنذ أن قام العالم الأمريكي السلوكي جون واطسون بتجاربه على الطفل ألبرت منذ ما يقرب من أربعين عاماً، فإن العديد من علماء النفس صرّحوا بأن الإنحرافات السلوكية قد تكون نتيجة لفشل في عملية التعليم، أكثر مما هي نتيجة لعقدة نفسية، أو صراع داخلي كما يقول عالم التحليل النفسي سيجموند فرويد.

وهذا الكتاب يمثل مفارقة عن إتجاهات العلاج النفسي السابقة ووجهات نظرها، وهو يشير إلى إتجاه حديث، ومتطور في العلاج النفسي ويعتمد على أسس علمية، وعلى مباديء نظريات الإشراط في التعليم، ويسمى هذا الإتجاه بالعلاج النفسي الإشراطي، أو بالعلاج السلوكي، وهذا الإتجاه يعتبر في وقتنا الحاضر، أكثر تطوراً، وسرعة، وفعالية، في علاج الإضطرابات السلوكية، والعادات العصابية، وتعديل السلوك.

وهذا الكتاب يتضمن تعريف بالعلاج السلوكي، وطرائقه، ومشكلاته النظرية، والتطبيقية، مع نظرة مستقبلية عن هذا الاتجاه في العلاج النفسي، وهو كتاب ضروري لكل قاريء عادي أو متخصص في مجال علم النفس العيادي، والطب النفسي، كما أنه ضروري للآباء، والمربين، والإخصائيين الإجتماعيين، والمرشدين النفسانيين، ولجميع الدارسين في مجال علم النفس.


Exclusive
For
www.ibtesama.com